

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ



NGUYỄN VĂN QUANG KHẢI

**PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP
SỬ DỤNG FEBUXOSTAT TRONG ĐIỀU TRỊ
TĂNG ACID URIC MÁU
Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀNG TUẤN NĂM 2025**

ĐỀ ÁN THẠC SĨ Y HỌC

Cần Thơ – 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

NGUYỄN VĂN QUANG KHẢI

**PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP
SỬ DỤNG FEBUXOSTAT TRONG ĐIỀU TRỊ
TĂNG ACID URIC MÁU
Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀNG TUẤN NĂM 2025**

Chuyên ngành: Nội Khoa

Mã số: 8720107

ĐỀ ÁN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học: TS.BS. TRƯƠNG QUANG PHỔ

PGS.TS. NGUYỄN HỒNG HÀ

Cần Thơ – 2025

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên Nguyễn Văn Quang Khải là học viên lớp Cao học Nội khoa khoá 2023-2025 của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ xin cam đoan:

1. Đây là đề án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy TS.BS. Trương Quang Phổ và Thầy PGS.TS. Nguyễn Hồng Hà.

2. Đề án này không trùng lặp với bất kì đề án nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin đề án là hoàn toàn chính xác, khách quan, trung thực và đã được xác nhận của cơ sở nơi khảo sát.

Tôi xin chịu trách nhiệm về nội dung đề án cũng như kết quả khảo sát của mình trước nhà trường và hội đồng chấm đề án.

Tác giả đề án

Nguyễn Văn Quang Khải

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám Đốc Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, Trường Đại học Y dược Cần Thơ đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi học tập và thực hiện đề án.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Thầy TS.BS. Trương Quang Phổ và Thầy PGS.TS. Nguyễn Hồng Hà đã hướng dẫn, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, thực hiện và hoàn chỉnh đề án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các thầy cô Trường Đại học Y dược Cần Thơ và các thầy cô trong Hội đồng chấm đề án đã tận tình đóng góp ý kiến quý báu và tạo mọi điều kiện thuận lợi giúp đỡ tôi hoàn thành tốt quá trình học tập và thực hiện đề án.

Tôi xin cảm ơn Ban Giám Đốc, phòng kế hoạch nghiệp vụ, các bác sĩ, điều dưỡng khoa Khám bệnh của Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn đã giúp đỡ tôi trong suốt quá trình thu thập số liệu.

Tôi xin chân thành cảm ơn bạn bè, đồng nghiệp đã ủng hộ, động viên tôi trong quá trình học tập và thực hiện đề án.

Cuối cùng, tôi xin dành tình cảm và lòng biết ơn sâu sắc đến gia đình đã động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành đề án.

Cần Thơ, ngày tháng năm 2025

Tác giả đề án

Nguyễn Văn Quang Khải

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT**DANH MỤC CÁC BẢNG****DANH MỤC CÁC HÌNH ẢNH****DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ**

MỞ ĐẦU	1
Chương 1	3
CƠ SỞ XÂY DỰNG ĐỀ ÁN	3
1.1. Tổng quan hội chứng chuyển hoá.....	3
1.2. Tăng acid uric máu trên bệnh nhân hội chứng chuyển hoá	10
1.3. Thực trạng điều trị tăng acid uric máu	14
1.4. Kiểm soát tăng acid uric máu bằng febuxostat trên bệnh nhân hội chứng chuyển hoá.....	15
1.5. Thực trạng điều trị tăng acid uric máu trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn.	18
Chương 2	20
NỘI DUNG ĐỀ ÁN	20
2.1. Phân tích, đánh giá thực trạng vấn đề cần triển khai.....	20
2.2. Nghiên cứu có liên quan trong và ngoài nước.....	31
2.3. Các vấn đề còn tồn tại, đề án tập trung nghiên cứu giải quyết.....	35
Chương 3	39
ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP VÀ KIẾN NGHỊ	39
3.1. Cơ sở lý luận và thực tiễn của việc đề xuất giải pháp	39
3.2. Mục tiêu của các giải pháp	40
3.3. Đề xuất các giải pháp cụ thể.....	40
3.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện giải pháp.....	44
3.5. Kiến nghị	47

3.6. Điều kiện thực hiện và đánh giá hiệu quả 49

KẾT LUẬN **51**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ACR	American College of Rheumatology	Trường Thấp khớp học Hoa Kỳ
ADA	American Diabetes Association	Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ
ACC	American College of Cardiology	Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ
ATP III	Adult Treatment Panel III	Ban điều trị người lớn lần thứ 3
CKD	Chronic Kidney Disease	Bệnh thận mạn
ĐTĐ		Đái tháo đường
EULAR	European League Against Rheumatism	
FDA	Food and Drug Administration	Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ
HCCH		Hội chứng chuyển hoá
HDL-C	High-Density Lipoprotein cholesterol	Cholesterol gắn với lipoprotein tỷ trọng cao
HTMHVN		Hội Tim mạch học Việt Nam
IAS	International Atherosclerosis Society	
IDF	International Diabetes Federation	Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới

ISH	International Society of Hypertension	Hiệp hội Tăng huyết áp Quốc tế
LDL	Low-Density Lipoprotein	Lipoprotein tỷ trọng thấp
MetS	Metabolic Syndrome	Hội chứng chuyển hoá
NCEP ATP III	National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III	Chương trình Giáo dục về Cholesterol Quốc gia của Hoa Kỳ
NHLBI	National Heart, Lung, and Blood Institute	Viện Tim, Phổi và Máu Quốc gia Hoa Kỳ
NICE	National Institute for Health and Care Excellence	
TCYTTG		Tổ chức Y tế Thế giới
THA		Tăng huyết áp
VLDL	Very Low-Density Lipoprotein	Lipoprotein tỷ trọng rất thấp
WHF	World Heart Federation	Liên đoàn Tim mạch Thế giới
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới

DANH MỤC CÁC BẢNG

Trang

Bảng 1. 1. Trị số đánh giá vòng bụng theo chủng tộc	8
Bảng 2. 1. Tuổi.....	24
Bảng 2. 2. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi	24
Bảng 2. 3. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm tiền sử	25
Bảng 2. 4. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số cơ thể	26
Bảng 2. 5. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo Vòng bụng.....	26
Bảng 2. 6. Mối tương quan giữa nồng độ acid uric và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân hội chứng chuyển hoá.....	27
Bảng 2. 7. Nồng độ acid uric máu trước và sau điều trị.....	28
Bảng 2. 8. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị 4 tuần và 12 tuần	28
Bảng 2. 9. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị 4 tuần và 12 tuần bằng febuxostat theo nhóm tuổi và giới tính	28
Bảng 2. 10. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị sau 4 tuần và 12 tuần bằng febuxostat theo tình trạng tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu.....	29
Bảng 2. 11. Nồng độ acid uric máu trước và sau điều trị.....	30

DANH MỤC CÁC HÌNH ẢNH

Trang

Hình 1. 1. Mối liên quan giữa tăng acid uric và hội chứng chuyển hoá..... 12

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Trang

Sơ đồ 1.1. Cơ chế bệnh sinh của hội chứng chuyển hóa	4
Biểu đồ 2. 1. Giới tính.....	25

MỞ ĐẦU

Hội chứng chuyển hóa là một nhóm các biểu hiện rối loạn chuyển hóa như: Béo phì trung tâm, rối loạn lipid máu, tăng glucose máu lúc đói và tăng huyết áp (THA), là một trong những thách thức quan trọng hiện nay về sức khỏe cộng đồng ở các nước đã và đang phát triển trong đó có Việt Nam. Theo ước tính của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế, 40% người dân trưởng thành Mỹ mắc hội chứng chuyển hóa [23]. Ở một số khu vực trên thế giới, tỉ lệ người dân mắc hội chứng chuyển hóa dao động từ 11,9% đến 43,3% [25], [44], [57]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của một số tác giả, tỉ lệ người dân mắc hội chứng chuyển hóa tăng từ 12% năm 2001 lên 28,0% năm 2014 [3], [7].

Acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa purin tại gan. Tăng nồng độ acid uric trong máu có thể do rối loạn chuyển hóa, gia tăng sản xuất hoặc giảm thải acid uric qua thận, hoặc sự kết hợp của cả hai yếu tố này. Tăng acid uric máu không chỉ là yếu tố nguy cơ gây bệnh gout và sỏi thận mà còn được chứng minh là có thể dự đoán sự phát triển của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), ảnh hưởng đến nhiều biến chứng mạn tính của bệnh ĐTĐ, bao gồm cả rối loạn chức năng mạch máu lớn (như tăng huyết áp và nhồi máu não), rối loạn chức năng mạch máu nhỏ (như bệnh thận mãn tính và bệnh động mạch ngoại biên), rối loạn lipid máu, và hội chứng chuyển hóa [29], [52].

Febuxostat là thuốc ức chế chọn lọc enzyme xanthine oxidase, có tác dụng giảm sản xuất acid uric. Không giống allopurinol (thuốc chứa nhân purin), febuxostat không chứa purin và có hiệu quả cao, đặc biệt ở bệnh nhân không dung nạp allopurinol hoặc có bệnh thận. Ngoài tác dụng hạ acid uric, febuxostat còn được ghi nhận có thể cải thiện chức năng nội mô, kiểm soát huyết áp và giảm viêm, từ đó có thể mang lại lợi ích cho bệnh nhân hội chứng chuyển hóa – nhóm có nguy cơ tim

mạch cao. Trên thế giới đã có những công trình nghiên cứu về hiệu quả của một số thuốc điều trị tăng acid uric máu trên bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường, hội chứng chuyển hoá, trong đó có thuốc febuxostat. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy febuxostat kiểm soát nồng độ acid uric máu hiệu quả hơn so với allopurinol [21], [37], [59]. Tuy nhiên tại Việt Nam hiện chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của febuxostat trong điều trị tăng acid uric máu trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá. Đặc biệt tại tuyến tỉnh Sóc Trăng như Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn là bệnh viện tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân nội khoa, trong đó tỷ lệ người bệnh có hội chứng chuyển hóa ngày càng tăng. Tuy nhiên, việc điều trị tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân này chưa được quan tâm đúng mức, đa số bệnh nhân không được điều trị hoặc sử dụng Allopurinol như một lựa chọn duy nhất, dù có nhiều trường hợp không đáp ứng hoặc xuất hiện tác dụng phụ. Đây là một trong những lý do cần thiết để thực hiện đề án tại bệnh viện, giúp đưa ra những khuyến nghị khả thi và phù hợp với thực tiễn điều trị tại cơ sở. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Phân tích thực trạng và đề xuất giải pháp sử dụng thuốc Febuxostat trong điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn năm 2025”** với các mục tiêu như sau:

1. Phân tích thực trạng điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn năm 2025.

2. Đề xuất giải pháp sử dụng thuốc Febuxostat trong điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn năm 2025.

Chương 1

CƠ SỞ XÂY DỰNG ĐỀ ÁN

1.1. Tổng quan hội chứng chuyển hoá

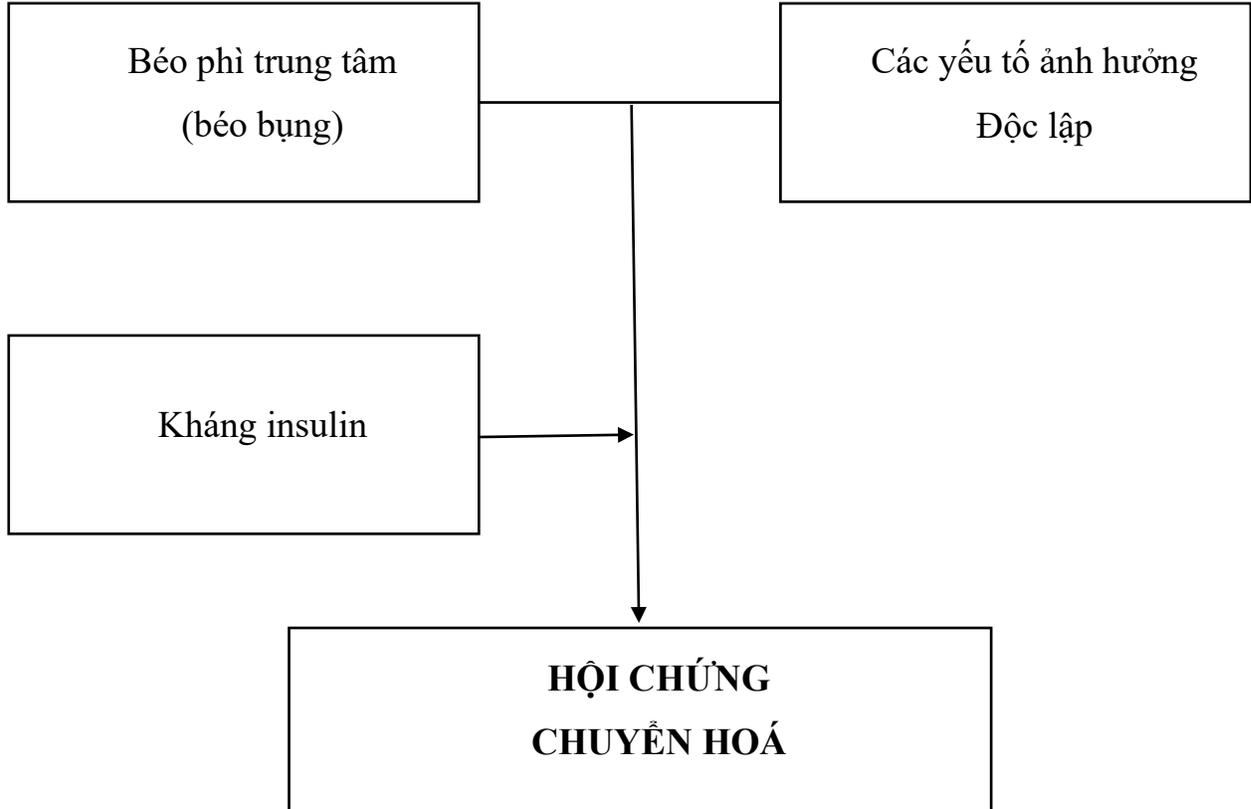
1.1.1. Lịch sử phát triển hội chứng chuyển hoá

Hội chứng chuyển hoá (HCCH – Metabolic Syndrome, MetS) là tập hợp của nhiều rối loạn chuyển hoá có liên quan mật thiết với nhau, bao gồm: béo phì trung tâm, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và rối loạn dung nạp glucose. Sự phối hợp của các rối loạn này làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh tim mạch, đái tháo đường týp 2 và tử vong do nguyên nhân tim mạch [6], [9], [12].

Khái niệm về hội chứng chuyển hoá đã được đề cập đến từ những năm 20 của thế kỷ trước. Năm 1923, Kylin đã mô tả những dấu hiệu liên quan đến nhóm các triệu chứng, đó là một tập hợp những rối loạn bao gồm tăng huyết áp, tăng glucose máu và tăng acid uric. Đến thập kỷ 80 người ta mới chấp nhận khái niệm về hội chứng chuyển hoá (HCCH). Đến năm 1998, một nhóm các chuyên gia của Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization – WHO) xác định vị trí của hội chứng này và gọi là hội chứng chuyển hoá. Ngày nay hội chứng chuyển hoá bao gồm kháng insulin, béo phì, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp [45].

1.1.2. Sinh lý bệnh hội chứng chuyển hoá

Cơ chế bệnh sinh và các yếu tố tạo nên hội chứng chuyển hoá còn chưa được thống nhất, tuy vậy có 2 cơ chế chủ yếu gây ra hội chứng chuyển hoá là kháng insulin và béo phì trung tâm (béo bụng) đã được tất cả các tác giả công nhận. Các yếu tố ảnh hưởng độc lập liên quan đến sự hình thành hội chứng chuyển hoá bao gồm: Sự bất thường về gen di truyền, ít vận động thể lực, tuổi, tình trạng tiền viêm và rối loạn nội tiết [9], [12], [17], [34].



Sơ đồ 1.1. Cơ chế bệnh sinh của hội chứng chuyển hóa [9], [12], [17]

1.1.2.1. Béo phì và phân bố mỡ bất thường của cơ thể

NCEP ATP III (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel) coi béo phì như một yếu tố chính làm tăng tỷ lệ hội chứng chuyển hóa, ít nhất về khía cạnh dịch tễ. Béo phì còn là yếu tố thuận lợi góp phần làm tăng huyết áp, tăng nồng độ cholesterol máu, hạ thấp nồng độ HDL-C, làm tăng nồng độ glucose máu. Trong các thể béo phì, thể béo bụng có liên quan với hội chứng chuyển hóa chặt chẽ hơn cả. Các yếu tố này đã làm tăng đề kháng insulin, tăng tạo khả năng gây viêm của lớp tế bào nội mô mạch máu, tạo thuận lợi cho mảng xơ vữa hình thành và phát triển [6].

1.1.2.2. Kháng insulin

Insulin làm tăng hấp thu glucose ở mô gan, cơ, mỡ, đồng thời ức chế ly giải mô mỡ và tăng tổng hợp glucose ở gan. Trong kháng insulin, sự hấp thu glucose phụ

thuộc insulin, đường phân và tổng hợp glycogen đều yếu do giảm hoặc mất tác dụng sinh học giữa insulin với thụ thể tại tế bào đích. Kháng insulin làm tăng acid béo tự do (free fatty acid-FFA) là vấn đề then chốt trong sinh bệnh học của HCCH [49]. Mô mỡ tăng dẫn đến FFA tăng. Trong gan bệnh nhân kháng insulin, FFA tăng, tổng hợp và dự trữ triglyceride tăng, triglyceride được lipoprotein tỉ trọng rất thấp đưa ra khỏi gan. Trong cơ FFA tăng làm gián đoạn chu trình acid béo-glucose [6].

1.1.2.3. Rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu là tình trạng thay đổi tỷ lệ hoặc tăng nồng độ các thành phần lipid trong máu, hậu quả là sự tạo thành các mảng xơ vữa gây tắc mạch, làm gia tăng nguy cơ biến chứng tim mạch và đột quỵ. Khi có hiện tượng kháng insulin, tăng acid béo tự do đến gan sẽ làm tăng tổng hợp triglyceride. Tăng triglycerid máu nguyên phát có tính chất gia đình làm tăng VLDL và chylomicron, khi tăng triglycerid thứ phát sẽ liên quan đến bệnh lý ĐTĐ kiểm soát kém, suy giáp, hội chứng cushing, béo phì, ... [18].

1.1.2.4. Rối loạn dung nạp đường

Tăng glucose máu khi đói là biểu hiện sự suy giảm dung nạp glucose của cơ thể. Đây là dấu hiệu sớm để đánh giá tình trạng kháng insulin và nguy cơ mắc ĐTĐ. Sự bất thường về hoạt động insulin trong chuyển hóa glucose gồm cả sự suy giảm khả năng ức chế sản xuất glucose ở gan và thận cũng như sự điều hòa hấp thụ, chuyển hóa glucose các mô nhạy cảm với insulin. Mặc dù các acid béo tự do kích thích sự bài tiết insulin nhưng sự tăng insulin kéo dài ở nồng độ cao sẽ dẫn đến giảm tiết insulin [28].

1.1.2.5. Tăng huyết áp

Mối liên hệ giữa kháng insulin và THA đã được biết đến và liên quan đến nhiều cơ chế khác nhau. Trước hết, insulin là một yếu tố gây giãn mạch khi tiêm tĩnh mạch cho người có cân nặng bình thường và ảnh hưởng thứ phát lên sự tái hấp thu

muối ở thận. Nhiều nghiên cứu cho thấy tái hấp thu muối tăng ở những người da trắng mắc HCCH nhưng không thấy tăng ở những người châu Phi và châu Á mắc HCCH. Tuy nhiên, hiện tượng kháng insulin chỉ tác động một phần tới sự gia tăng tỷ lệ tăng huyết áp ở HCCH [6].

1.1.3. Các tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa

Hiện nay, có nhiều tiêu chuẩn khác nhau về HCCH như tiêu chuẩn của TCYTTG năm 1998, của Chương trình Giáo dục Quốc gia về Cholesterol (2001), của IDF (2005) và đồng thuận của IDF; Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ/ NHLBI; WHF; IAS và IASO năm 2009.

1.1.3.1 Tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1998

Trong tiêu chí của TCYTTG kháng insulin là yếu tố nguy cơ chính, vậy đây là tiêu chuẩn bắt buộc. Do kháng insulin khó xác định trên lâm sàng nên có thể chấp nhận một số bằng chứng gián tiếp như rối loạn dung nạp glucose, rối loạn glucose máu lúc đói, ĐTĐ týp 2 hoặc giảm sử dụng glucose qua nghiệm pháp kẹp đẳng đường - tăng insulin máu [22], [51], [53].

Tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của TCYTTG 1998 như sau:

- Rối loạn glucose máu lúc đói, rối loạn dung nạp glucose hoặc Đái tháo đường týp 2 hoặc kháng insulin. Kèm ≥ 2 tiêu chuẩn sau:

- Tỷ lệ vòng bụng/ vòng hông: $> 0,9$ đối với nam và $> 0,85$ đối với nữ và hoặc BMI > 30 kg/m² (người châu Âu, châu Mỹ) hoặc > 27 kg/m² (người châu Á).

- Tăng huyết áp: Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. Rối loạn chuyển hóa lipid: Triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L (150mg/dl) và/ hoặc HDL-C $< 0,9$ mmol/L (35mg/dl) ở nam, HDL-C $< 1,0$ mmol/L (39mg/dl) ở nữ.

- Microalbumin niệu dương tính ≥ 20 μ g/phút hoặc tỉ số albumin/creatinin ≥ 30 mg/g.

1.1.3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán của NCEP – ATP III (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel) thuộc Chương trình Giáo dục về Cholesterol Quốc gia của Hoa Kỳ năm 2001

Tiêu chuẩn của NCEP-ATP III không cần bằng chứng của kháng insulin do việc đánh giá trực tiếp kháng insulin thường khó và không được chuẩn hóa. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào các tiêu chuẩn cận lâm sàng để áp dụng [33]:

- Glucose máu lúc đói $\geq 6,1$ mmol/L (110 mg/dl).
- Huyết áp $\geq 130/85$ mmHg.
- Triglycerid máu $\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dl).
- HDL-C máu $< 1,03$ mmol/L (40 mg/dl) ở nam; HDL-C $< 1,29$ mmol/L (50mg/dl) ở nữ.
- Béo phì trung tâm: Vòng bụng > 102 cm (với nam); > 88 cm (với nữ).

Để xác định có HCCH phải có từ 3 tiêu chuẩn trở lên.

So sánh hai tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của TCYTTG 1998 và của NCEP ATP III 2001 có 3 vấn đề cần nhấn mạnh. Thứ nhất, một số tiêu chuẩn không rõ ràng hoặc không hoàn chỉnh như tiền sử tăng huyết áp, tiền sử rối loạn glucose máu đói. Thứ hai, hai định nghĩa có những tiêu chuẩn khác nhau. Thứ ba, cơ sở đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán nói trên là các thành tố của HCCH có liên quan đến kháng insulin; nhưng thực tế không phải tất cả bệnh nhân mắc HCCH đều có kháng insulin [40].

1.1.3.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế năm 2005

Theo tiêu chuẩn của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) thì không yêu cầu có hiện diện của kháng insulin, song lại nhấn mạnh vai trò của tăng chu vi vòng bụng là một tiêu chuẩn quan trọng và bắt buộc [23].

Béo phì trung tâm (béo bụng): Tùy thuộc vào từng quốc gia (Bảng 1.1).

Bảng 1. 1. Trị số đánh giá vòng bụng theo chủng tộc [12]

Nhóm các quốc gia	Giới tính	Vòng bụng
Các quốc gia Châu Âu*	Nam	≥ 94 cm
	Nữ	≥ 80 cm
Các quốc gia Nam Á**	Nam	≥ 90 cm
	Nữ	≥ 80 cm
Trung Quốc	Nam	≥ 90 cm
	Nữ	≥ 80 cm
Nhật Bản	Nam	≥ 85 cm
	Nữ	≥ 90 cm
Người ở Nam và Trung Mỹ	Giống như người Nam Á***	
Người Phi khu vực Sahara	Giống như người Châu Âu***	
Vùng Trung Đông, Địa Trung Hải	Giống như người Châu Âu***	

* Riêng ở Mỹ vẫn sử dụng tiêu chuẩn theo ATP III, nam vòng bụng lớn khi trên 102 cm, nữ vòng bụng lớn khi trên 88 cm.

** Số liệu lấy từ những người châu Á gốc Ấn Độ.

*** Chỉ sử dụng tạm thời trong khi chờ số liệu chính thức.

Các tiêu chí khác:

- Tăng triglycerid máu: ≥ 1,7 mmol/L (150 mg/dl) hoặc đã có điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này.

- Giảm HDL – C máu: Nam < 1,03 mmol/L (40 mg/dl); nữ < 1,29 mmol/L (50 mg/dl) hoặc đã có điều trị đặc hiệu rối loạn lipid này.

- Huyết áp tăng: Huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 85 mmHg hoặc đã điều trị các thuốc hạ huyết áp.

- Glucose máu lúc đói tăng ≥ 5,6 mmol/L (100 mg/dl) hoặc đã được chẩn đoán

Đái tháo đường típ 2 trước đó.

Chẩn đoán HCCH khi có tiêu chuẩn béo phì trung tâm cộng với ít nhất 2 tiêu chuẩn của các tiêu chí khác.

Tiêu chuẩn IDF 2005 tương tự như tiêu chuẩn NCEP – ATP 2001 nhưng có một số điểm khác biệt sau [36]:

- Tiêu chuẩn vòng bụng: Giá trị cắt của vòng bụng cho người Mỹ gốc Á giảm xuống ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ.

- Tất cả tiêu chuẩn về huyết áp, triglycerid máu, HDL-C máu và glucose máu đều được xem là thỏa mãn nếu đang được điều trị các bất thường đó.

- Tiêu chuẩn huyết áp chỉ cần thỏa mãn một trong hai trị số huyết áp.

- Giá trị glucose máu lúc đói hạ thấp còn $\geq 5,6$ mmol/L (100 mg/dl).

1.1.3.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán của HCCH dựa trên tuyên bố đồng thuận của IDF, AHA/NHLBI, WHF, IAS, IASO năm 2009

Năm 2009, Liên đoàn ĐTĐ quốc tế (IDF), Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA)/Viện tim, phổi và máu quốc gia (NHLBI), Liên đoàn tim mạch thế giới (WHF), Hội xơ vữa động mạch quốc tế (IAS) và Hiệp hội nghiên cứu béo phì quốc tế (IASO) đã tổ chức một cuộc thảo luận để giải quyết những khác biệt về định nghĩa HCCH. Tất cả đều thống nhất béo phì trung tâm không nên là điều kiện tiên quyết để chẩn đoán mà nó là 1 trong 5 tiêu chí. Do đó, sự hiện diện của 3 trong 5 yếu tố nguy cơ bất kỳ là đủ để chẩn đoán HCCH [24]:

- Béo phì trung tâm: Tùy thuộc vào từng quốc gia (Bảng 1.1).

- Tăng triglycerid máu: $\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dl), hoặc đang điều trị thuốc giảm triglyceride.

- Giảm HDL-C máu: $< 1,03$ mmol/l (40 mg/dl) ở nam giới và $< 1,29$ mmol/l (50mg/dl) ở nữ giới hoặc đang điều trị thuốc làm tăng HDL-C.

- Huyết áp tăng: Huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương

≥ 85 mm Hg, hoặc đã được chẩn đoán và điều trị THA trước đây.

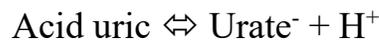
- Glucose máu lúc đói tăng $\geq 5,6$ mmol/l (100 mg/dl), hoặc trước đây đã được chẩn đoán bệnh ĐTĐ týp 2.

Tất cả các tổ chức nói trên đều thống nhất các giá trị triglycerid máu, HDL-C máu, huyết áp và glucose máu lúc đói như các tiêu chuẩn của IDF 2005. Riêng tiêu chuẩn vòng bụng cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa và mỗi quốc gia hay vùng lãnh thổ có thể xác định giá trị ngưỡng của vòng bụng cho riêng mình [24].

1.2. Tăng acid uric máu trên bệnh nhân hội chứng chuyển hoá

1.2.1. Acid uric

Acid uric được phát hiện lần đầu vào năm 1776 bởi nhà hoá học người Thụy Điển, Carl Wilhelm Scheele, qua việc phân lập từ sỏi thận. Acid uric ($C_5H_4N_4O_3$) hoặc 2,6,8-trihydroxypurine là một hợp chất carbon dị vòng có trọng lượng phân tử là 168 daltons, có nguồn gốc từ quá trình dị hóa các bazo purin (adenin và guanidin) của acid nucleic. Acid uric là một acid yếu với $pK_a \sim 5,8$ trong máu và $\geq 5,35$ trong nước tiểu. Hợp chất này tồn tại chủ yếu ở dạng ion đơn có liên kết khử, anion urate trong máu động mạch có pH là 7,4. Phương trình hóa học chuyển đổi giữa urate và acid uric là:



Acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình dị hóa mononucleotide purine. Purin có thể được tổng hợp từ nội sinh hoặc có thể từ các nguồn thực phẩm, có nhiều chức năng quan trọng trong cơ thể. Đáng chú ý là adenosine triphosphate (ATP), đây là nguồn cung cấp năng lượng để chi phối cho các phản ứng nội bào và các nucleobase purine, adenine và guanine là các thành phần không thể thiếu của acid ribonucleic (RNA) và acid deoxyribonucleic (DNA). Quá trình dị hóa acid adenylic mononucleotide (AMP), acid guanylic (GMP) và acid inosinic (IMP) thành acid uric có sự tham gia của một số các enzyme như fructokinase, adenylate kinase [32].

Các nguồn chính tạo acid uric trong cơ thể bao gồm: các thức ăn chứa purin (100-200mg/ngày) và từ nguồn acid uric nội sinh do quá trình thoái biến acid nucleic của cơ thể (600mg/ngày). Quá trình tổng hợp nói trên được thực hiện chủ yếu ở gan và ở mức ít hơn tại niêm mạc ruột. Quá trình tổng hợp acid uric cần tới sự xúc tác của enzyme xanthin oxidase. Các con đường thải trừ chính của acid uric trong cơ thể bao gồm:

- Qua nước tiểu (400-1000 mg/ngày): ở thận, acid uric được lọc qua cầu thận, 95% lượng lọc được tái hấp thu ở các ống lượn gần, rồi được bài xuất tích cực ở các ống lượn xa.

- Qua đường tiêu hoá (100-200 mg/ngày): Mặc dù đây là con đường thải trừ chủ yếu, tuy vậy vẫn có thể thấy acid uric trong mật, dịch vị và các dịch tiết của ruột [28].

Giá trị bình thường của nồng độ acid uric trong máu đối với nam là 202- 416 $\mu\text{mol/L}$, nữ là 143-399 $\mu\text{mol/L}$. Nồng độ acid uric trong nước tiểu là 250- 1000 mg/24 giờ hay 1,5-5,9 mmol/24 giờ. Nồng độ acid uric trong dịch khớp là 2- 6 mg/dl hay 0,1-0,3 mmol/l [10].

1.2.2. Tăng acid uric máu

Tăng acid uric máu (Hyperuricemia) là tình trạng nồng độ acid uric trong huyết thanh tăng cao hơn mức hòa tan bình thường trong điều kiện sinh lý. Tăng acid uric máu xảy ra khi lượng acid uric sản xuất vượt quá khả năng đào thải hoặc khi chức năng đào thải bị giảm. Theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR), tăng acid uric máu được xác định khi:

- + Nồng độ acid uric huyết thanh $\geq 420 \mu\text{mol/L}$ (7,0 mg/dL) ở nam giới.
- + Nồng độ acid uric huyết thanh $\geq 360 \mu\text{mol/L}$ (6,0 mg/dL) ở nữ giới.

Tăng acid uric máu được chia làm 3 nhóm cơ bản dựa trên nguyên nhân:

Tăng sản xuất acid uric:

- + Ăn nhiều purin (nội tạng, hải sản, thịt đỏ).

+ Tăng phân giải tế bào (ung thư, hóa trị liệu, hội chứng phân giải khối u).

+ Các rối loạn enzyme bẩm sinh (Lesch-Nyhan, thiếu hụt HGPRT).

Giảm đào thải acid uric (chiếm >90% nguyên nhân):

+ Suy giảm chức năng thận.

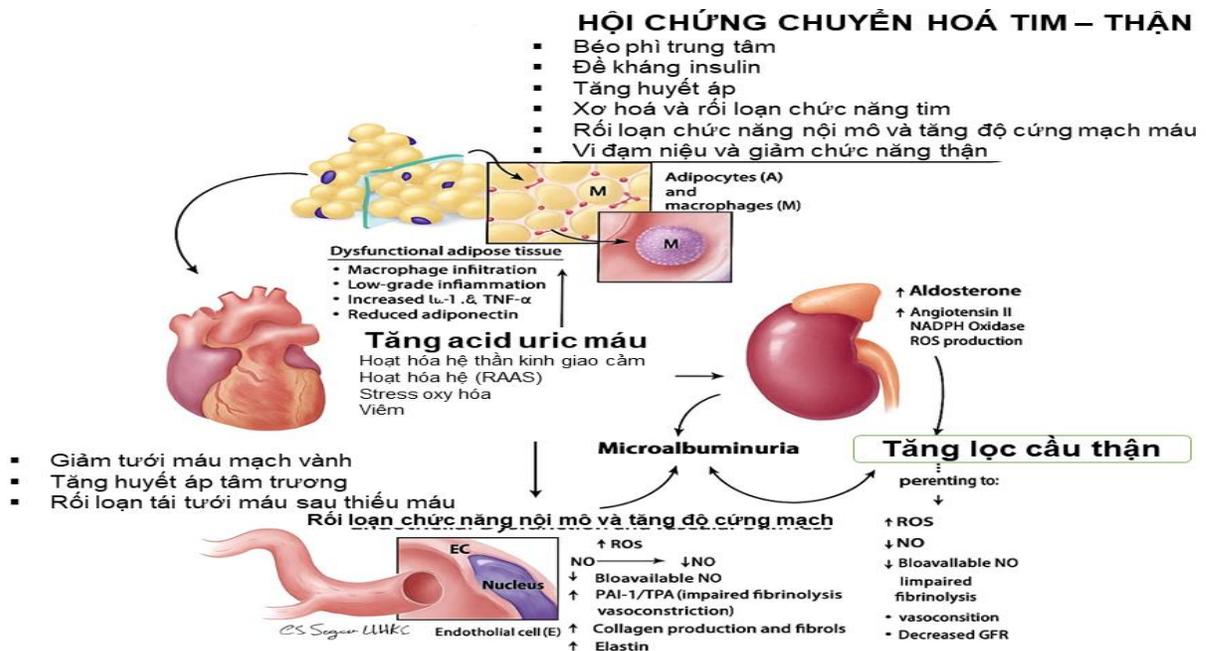
+ Sử dụng thuốc (thuốc lợi tiểu, aspirin liều thấp, ciclosporin).

+ Tình trạng toan hóa máu, mất nước, uống rượu bia kéo dài.

Hỗn hợp: gặp trong béo phì, hội chứng chuyển hóa, đái tháo đường típ 2.

Tăng acid uric máu không triệu chứng là tình trạng phổ biến, thường gặp ở cộng đồng. Tuy bệnh nhân không có biểu hiện rõ ràng nhưng nguy cơ tiến triển sang gout, sỏi thận, bệnh thận mạn, bệnh tim mạch và hội chứng chuyển hóa là rất cao nếu không được phát hiện và kiểm soát kịp thời [31].

1.2.3. Mối liên quan giữa tăng acid uric máu và hội chứng chuyển hóa



Hình 1. 1. Mối liên quan giữa tăng acid uric và hội chứng chuyển hóa

(Nguồn: Uric Acid – Key Ingredient in the Recipe for Cardiorenal Metabolic Syndrome của Kunal Chaudhary, Kunal Malhotra, James Sowers et al. (2013))

Acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa purin tại gan. Tăng nồng độ acid uric trong máu có thể do rối loạn chuyển hóa, gia tăng sản xuất hoặc giảm thải acid uric qua thận, hoặc sự kết hợp của cả hai yếu tố này. Khi nồng độ acid uric huyết thanh tăng cao, nó có thể gây ra sự rối loạn chức năng nội mô, làm gia tăng quá trình oxy hóa LDL, kích thích tình trạng viêm, từ đó góp phần vào sự phát triển của xơ vữa động mạch và các biến chứng huyết khối [29], [52].

Tăng acid uric máu không chỉ là yếu tố nguy cơ gây bệnh gout và sỏi thận mà còn được chứng minh là có thể dự đoán sự phát triển của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), ảnh hưởng đến nhiều biến chứng mạn tính của bệnh Đái tháo đường, bao gồm cả rối loạn chức năng mạch máu lớn (như tăng huyết áp và nhồi máu não), rối loạn chức năng mạch máu nhỏ (như bệnh thận mãn tính và bệnh động mạch ngoại biên), rối loạn lipid máu, và hội chứng chuyển hóa (MetS) [29], [52]. Tăng acid uric máu cũng đóng vai trò quan trọng trong cơ chế sinh bệnh của một số tình trạng như Tăng huyết áp, bệnh tim mạch, và bệnh thận, Đái tháo đường [29], [52]. Những người mắc Đái tháo đường típ 2 thường biểu hiện một nhóm các rối loạn chuyển hóa được gọi là hội chứng chuyển hóa tim mạch hoặc tim thận. Hội chứng này bao gồm các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch như Đái tháo đường, Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, béo phì và bệnh thận mạn. Bệnh thận đái tháo đường là một trong những biến chứng vi mạch phổ biến nhất của bệnh Đái tháo đường.

Tăng nồng độ acid uric đã được phát hiện liên quan đến việc gia tăng tỉ lệ tiến triển của bệnh thận mãn tính (CKD) ở những người đã mắc Đái tháo đường ít nhất 15 năm. Hội chứng chuyển hóa bao gồm các bất thường về chuyển hóa như rối loạn đường huyết, béo phì, rối loạn lipid máu (tăng triglyceride và giảm HDL c), và tăng huyết áp, từ đó làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh Đái tháo đường típ 2 và các bệnh tim mạch. Thêm vào đó, Hội chứng chuyển hoá (MetS cũng được ghi nhận có mối liên

quan với nồng độ acid uric trong máu cũng như các chỉ số sinh học liên quan đến quá trình viêm.

Tăng acid uric máu gây ra các thay đổi sinh lý bệnh thông qua viêm, stress oxy hóa, tổn thương nội mô mạch máu và các rối loạn chuyển hóa, từ đó thúc đẩy sự xuất hiện và phát triển các bệnh lý liên quan. Dựa trên các nghiên cứu trước đây, tăng acid uric máu có liên quan với Tăng huyết áp, MetS, Đái tháo đường típ 2 và bệnh thận mạn.

1.3. Thực trạng điều trị tăng acid uric máu

1.3.1. Thực trạng chung trên thế giới

Tăng acid uric máu là một trong những rối loạn chuyển hóa phổ biến, liên quan chặt chẽ đến bệnh gout, hội chứng chuyển hóa và bệnh thận mạn. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2023), tỷ lệ tăng acid uric máu ở người trưởng thành dao động từ 10–25% tùy quốc gia, cao hơn ở nhóm có béo phì và đái tháo đường.

Các hướng dẫn điều trị hiện hành như EULAR (2016) và ACR (2020) đều khuyến cáo kiểm soát nồng độ acid uric huyết thanh ở mức $<360 \mu\text{mol/L}$ đối với gout mới mắc và $<300 \mu\text{mol/L}$ ở bệnh nhân có tophi hoặc biến chứng [35], [50].

Các thuốc hạ acid uric chủ yếu gồm:

- Nhóm ức chế xanthine oxidase: allopurinol, febuxostat.
- Nhóm tăng thải acid uric: probenecid, sulfipyrazon.
- Nhóm men phân hủy acid uric: pegloticase.

Trong đó, Febuxostat được chứng minh có hiệu quả hạ acid uric tốt hơn allopurinol, đặc biệt ở bệnh nhân suy thận nhẹ – vừa, song giá thành cao và cần theo dõi chức năng gan khi dùng lâu dài [38], [61].

1.3.2. Thực trạng điều trị tại Việt Nam

Tại Việt Nam, việc điều trị tăng acid uric máu hiện nay chủ yếu tuân theo hướng dẫn của Hội Thấp khớp học Việt Nam (2020) và EULAR (2016).

- Allopurinol vẫn là lựa chọn đầu tay, song dễ gây tác dụng phụ và phải giảm liều ở bệnh nhân suy thận.

- Febuxostat được Bộ Y tế cho phép lưu hành từ năm 2016, với liều thường dùng 40–80 mg/ngày, không cần chỉnh liều ở bệnh nhân có mức lọc cầu thận (eGFR) ≥ 30 mL/phút/1,73m².

Một số nghiên cứu trong nước gần đây cho thấy Febuxostat giúp giảm nồng độ acid uric trung bình 40–50% sau 12 tuần điều trị và tỷ lệ đạt mục tiêu acid uric máu >90%, cao hơn đáng kể so với allopurinol.

Tuy nhiên, thực tế triển khai vẫn gặp khó khăn:

- Chi phí điều trị cao, chưa được BHYT thanh toán rộng rãi.
- Nhiều bác sĩ chưa quen với phác đồ theo dõi Febuxostat.
- Thiếu nghiên cứu đánh giá hiệu quả thực tế tại tuyến tỉnh.

1.4. Kiểm soát tăng acid uric máu bằng febuxostat trên bệnh nhân hội chứng chuyển hoá

Febuxostat ức chế xanthine oxydase và không thay đổi quá trình oxy hóa khử của cofactor, ngăn ngừa và đảo ngược quá trình của THA, HCCH và phì đại mạch máu trong các mô hình nghiên cứu ở chuột [54], giảm quá trình stress oxy hoá và tổn thương mạch máu [21]. Ngoài ra, febuxostat làm giảm đáng kể huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương sau 28 tuần điều trị ở bệnh nhân THA và gout [37]. Febuxostat là một thuốc ức chế XO chọn lọc, không purin được FDA cấp phép lưu hành từ năm 2009, chấp thuận trong điều trị tăng acid uric trên bệnh nhân gout hoặc tăng acid uric máu không triệu chứng. Cuối năm 2016, febuxostat đã được Bộ Y tế Việt Nam cho phép lưu hành. Liều Febuxostat được sử dụng là 40mg-80mg/ngày tại Hoa Kỳ và lên đến 120mg/ngày tại Châu Âu, 10- 60mg/ngày tại Nhật Bản. Hiệu quả kiểm soát acid uric máu mạnh hơn allopurinol ở liều 80 và 120mg để đạt mức acid uric <6mg/dl và không cần chỉnh liều trong suy thận vừa và nhẹ [30].

Febuxostat được điều trị bằng đường uống và được hấp thu nhanh chóng vào máu, đạt nồng độ tối đa trong huyết tương sau 1-1,5 giờ sau liều đầu tiên. Sau khi hấp thu qua đường uống, khoảng 85% vào máu. Mặc dù tốc độ hấp thu có thể giảm khi sử dụng thực phẩm và các thuốc kháng acid nhưng không có thay đổi đáng kể về mặt lâm sàng trong tác dụng của febuxostat, do đó thuốc có thể đạt được tác dụng hiệu quả mà ít ảnh hưởng bởi quá trình tiêu hóa. Không có sự tích lũy liều khi điều trị, với liều điều trị cách mỗi 24 giờ, febuxostat gắn chủ yếu với protein đặc biệt là albumin (99,2%). Febuxostat được chuyển hóa chủ yếu bởi enzyme uridine diphosphate glucuronosyl-transferase, một phần nhỏ khác trải qua quá trình oxy hóa qua cytochrome P450. Tuy nhiên, quá trình này không đáng kể về mặt lâm sàng. Febuxostat ức chế nhẹ Cytochrom 2D6 và không ức chế bất kì isoenzyme Cytochrom nào khác nên không cần chỉnh liều khi dùng chung với các thuốc có tương tác với hệ thống này. Thuốc được đào thải bằng hai con đường qua gan và thận. Tuy nhiên, độ thanh thải qua thận không đáng kể. Chỉ một lượng nhỏ thuốc chưa được đào thải hoặc được bài tiết qua nước tiểu. Thời gian bán hủy từ 5 đến 8 giờ, trong khoảng 24 giờ thuốc điều hòa giảm acid uric máu nên kết quả là nồng độ acid uric bài tiết qua nước tiểu được giảm với sự gia tăng bài tiết xanthine qua nước tiểu hàng ngày [62]. So với allopurinol và giả dược, febuxostat liều 40 và 80mg có liên quan đến một tỷ lệ bất thường chức năng gan, đây cũng thường là nguyên nhân ngừng điều trị với thuốc này, tuy nhiên tỷ lệ chỉ từ 1,2-1,8%. Có một số thuốc như azathioprine, mercaptopurine khi dùng chung làm tăng nồng độ febuxostat. Một số thử nghiệm chỉ ra rằng việc duy trì hoặc cải thiện mức lọc cầu thận (eGFR) có tương quan với việc giảm nồng độ acid uric máu. Với mỗi lần giảm 1 mg/dl acid uric máu, dự kiến sẽ cải thiện 1 ml/phút eGFR [61].

Tính an toàn và hiệu quả qua các nghiên cứu: các nghiên cứu in vitro và trên động vật với febuxostat cho thấy nó có hiệu quả giảm nồng độ urat mạnh hơn

allopurinol mà không có bất kỳ tác dụng phụ đáng kể nào. Một loạt các thử nghiệm lâm sàng từ phase I đến phase III đã được thực hiện để đánh giá sự an toàn của febuxostat trên người. Nghiên cứu FACT năm 2005 của Becker và cộng sự [38] cho thấy 53%, 62% và 21% bệnh nhân ở nhóm điều trị với febuxostat liều 80mg, 120mg và allopurinol 300mg đạt được nồng độ acid uric máu thấp hơn 6mg/dL với $p < 0,001$. Điều tương tự cũng được tác giả Schumacher và cộng sự nêu ra vào năm 2008 với nghiên cứu APEX với lần lượt 48%, 65%, 69%, 22% và 0% với nhóm bệnh nhân điều trị bằng febuxostat lần lượt là 80mg, 120mg, 240mg và allopurinol 300mg, 100mg với $p < 0,05$ [39]. Báo cáo năm 2008 qua nghiên cứu FOCUS cũng của Schumacher cho thấy sau theo dõi thì tỷ lệ phát bệnh giảm rõ ở nhóm điều trị bằng febuxostat, giảm rõ sau 2 năm và 4 năm [39]. Một nghiên cứu giai đoạn II, đa trung tâm, mù đôi đánh giá hiệu quả an toàn của liều febuxostat ở 128 bệnh nhân gout hoặc tăng acid uric máu (acid uric máu trên 8mg/dl). Những người tham gia nghiên cứu được nhận ngẫu nhiên liều febuxostat 10mg, 20mg hoặc 40mg so với giả dược được thực hiện trong 8 tuần. Nồng độ acid uric đạt mục tiêu thấp hơn 6mg/dl đã đạt được ở các mức 0%, 22%, 31,5% và 41,9% ở các nhóm bệnh nhân điều trị với febuxostat 10mg, 20mg, 40mg so với giả dược, từ đó cho thấy Febuxostat an toàn và dung nạp tốt ở mọi liều [27]. Một nghiên cứu phase III tiếp theo so sánh sự an toàn và hiệu quả của febuxostat và allopurinol trên 256 bệnh nhân người Nhật có bệnh gout hoặc tăng acid uric máu với nồng độ acid uric hơn 8mg/dl. Đây là nghiên cứu ngẫu nhiên, đa trung tâm, mù đôi, bệnh nhân được phân chia ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm với febuxostat 10mg mỗi ngày hoặc allopurinol 100mg, sau 12 tuần sẽ tăng liều lên lần lượt là 40mg hoặc 100mg. Kết cục là sự giảm nồng độ acid uric máu sau 8 tuần điều trị cao hơn đáng kể ở nhóm febuxostat là 40,5% so với nhóm điều trị bằng allopurinol là 33,9% với $p < 0,001$, trong đó phản ứng có hại báo cáo ở nhóm allopurinol là 11%, nhóm febuxostat là 8,6% [60].

1.5. Thực trạng điều trị tăng acid uric máu trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn.

Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn là cơ sở y tế tuyến tỉnh có quy mô điều trị nội khoa tổng hợp, tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính không lây, trong đó nhóm bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá (HCCH) chiếm tỷ lệ ngày càng cao. Sự gia tăng của HCCH kéo theo tỷ lệ bệnh nhân có tăng acid uric máu cũng tăng tương ứng, đặt ra nhiều thách thức trong công tác quản lý, điều trị và dự phòng biến chứng.

Theo số liệu thống kê sơ bộ năm 2024–2025, tỷ lệ bệnh nhân có HCCH tại bệnh viện chiếm khoảng 27,5% tổng số lượt khám ngoại trú nội khoa mạn tính, trong đó 32% có tăng acid uric máu kèm theo. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi trung niên và cao tuổi, có các yếu tố nguy cơ như béo phì, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và đái tháo đường típ 2.

Hiện nay, bệnh viện chưa xây dựng được phác đồ điều trị riêng biệt cho nhóm bệnh nhân tăng acid uric máu trên nền hội chứng chuyển hoá. Việc điều trị chủ yếu dựa vào kinh nghiệm lâm sàng và hướng dẫn chung trong điều trị bệnh gout, trong đó Allopurinol vẫn là thuốc được sử dụng phổ biến với liều 100–200 mg/ngày. Febuxostat được chỉ định thay thế cho các trường hợp không dung nạp hoặc có chống chỉ định với allopurinol, đặc biệt ở bệnh nhân có bệnh thận mạn, song tỷ lệ sử dụng còn khiêm tốn (dưới 15%).

Một số hạn chế hiện nay trong công tác điều trị gồm:

Chưa có quy trình chuẩn hóa nội viện về chỉ định, theo dõi và điều chỉnh liều thuốc hạ acid uric.

Việc đánh giá hiệu quả lâm sàng và an toàn của thuốc, đặc biệt là Febuxostat, chưa được thực hiện dưới dạng nghiên cứu hệ thống.

Công tác giáo dục sức khỏe và tư vấn thay đổi lối sống cho bệnh nhân có HCCH còn hạn chế.

Thiếu dữ liệu theo dõi dài hạn về biến chứng tim mạch, thận và mối liên quan với mức acid uric máu.

Tình hình này phản ánh thực tế rằng, mặc dù bệnh viện đã tiếp cận và sử dụng một số thuốc hiện đại, song hiệu quả kiểm soát acid uric máu vẫn chưa đạt mức tối ưu. Do đó, cần có một đề án nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị tăng acid uric máu bằng Febuxostat ở nhóm bệnh nhân có HCCH, nhằm đưa ra giải pháp điều trị phù hợp với điều kiện thực tế tuyến tỉnh. Điều này không chỉ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị mà còn giúp chuẩn hoá quy trình chăm sóc, giảm biến chứng và cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân mạn tính.

Chương 2

NỘI DUNG ĐỀ ÁN

2.1. Phân tích, đánh giá thực trạng vấn đề cần triển khai

2.1.1. Thực trạng chung về tăng acid uric máu và hội chứng chuyển hoá

Trong bối cảnh hiện nay, bệnh lý tăng acid uric máu đang dần trở thành một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng có ý nghĩa tại Việt Nam và trên thế giới. Cùng với hội chứng chuyển hóa (HCCH) – vốn là một tập hợp các rối loạn chuyển hóa đặc trưng bởi béo phì trung tâm, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tăng đường huyết và đề kháng insulin – sự gia tăng song song của hai tình trạng này đã tạo nên gánh nặng kép đối với y tế công cộng.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2023), tỷ lệ mắc HCCH ở khu vực châu Á – Thái Bình Dương dao động từ 25–35% ở người trưởng thành, trong đó tăng acid uric máu chiếm tỷ lệ từ 15–25%. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo và cộng sự (2022) ghi nhận tỷ lệ tăng acid uric máu trong dân số trưởng thành là 19,6%, đặc biệt cao ở nhóm bệnh nhân có béo phì, đái tháo đường và tăng huyết áp.

Về mặt sinh lý bệnh, acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa purin. Trong điều kiện bình thường, 2/3 lượng acid uric được bài tiết qua thận và 1/3 qua đường tiêu hóa. Khi quá trình sản xuất vượt quá khả năng đào thải, hoặc giảm bài tiết ở thận, acid uric máu sẽ tăng, dẫn đến lắng đọng tinh thể urat tại các mô, khớp, thận và mạch máu. Tình trạng này lâu dài gây nên viêm, stress oxy hóa và tổn thương nội mô mạch, từ đó thúc đẩy tiến triển của tăng huyết áp, xơ vữa động mạch và bệnh thận mạn.

Một số nghiên cứu cho thấy, tăng acid uric máu không chỉ là hậu quả mà còn là yếu tố nguy cơ độc lập của HCCH. Theo Feig (2018), acid uric máu cao kích hoạt hệ renin-angiotensin, làm tăng co mạch, giữ muối và nước, từ đó làm tăng huyết áp và thúc

đầy đề kháng insulin. Nghiên cứu của Johnson (2020) cũng chỉ ra mối tương quan giữa acid uric và nồng độ triglycerid, đồng thời cho thấy giảm acid uric giúp cải thiện chức năng nội mô và độ nhạy insulin.

Các hướng dẫn quốc tế hiện nay như EULAR (2016) và ACR (2020) đã khuyến nghị mục tiêu điều trị acid uric máu [50], [35].

Tuy nhiên, các hướng dẫn này chủ yếu tập trung vào bệnh gout, trong khi nhóm bệnh nhân tăng acid uric máu không triệu chứng nhưng có HCCH – vốn là đối tượng có nguy cơ cao – lại chưa được quan tâm đúng mức. Nhiều nghiên cứu tại Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc cho thấy tăng acid uric máu ở người có HCCH liên quan mạnh đến biến cố tim mạch, thận và tử vong sớm hơn 1,5–2 lần so với người có acid uric bình thường [39], [63].

Chính vì vậy, việc xây dựng chiến lược điều trị phù hợp với nhóm bệnh nhân này đang là nhu cầu thực tiễn cấp thiết tại Việt Nam, đặc biệt tại tuyến tỉnh – nơi HCCH chiếm tỷ lệ cao và bệnh nhân thường được phát hiện muộn.

2.1.2. Thực trạng điều trị tăng acid uric máu tại việt nam

Ở Việt Nam, việc chẩn đoán và điều trị tăng acid uric máu chủ yếu dựa vào hướng dẫn của Bộ Y tế (2016), Hội Thấp khớp học Việt Nam (VRA), cũng như khuyến cáo quốc tế EULAR (2016) và ACR (2020).

Hiện nay, Allopurinol vẫn là lựa chọn đầu tay trong điều trị hạ acid uric máu. Thuốc có cơ chế ức chế enzyme xanthine oxidase, ngăn chặn chuyển hóa xanthine thành acid uric. Tuy nhiên, allopurinol có nhiều hạn chế:

- Gây quá mẫn, phát ban, tăng men gan, độc tính trên thận.
- Cần giảm liều ở bệnh nhân suy thận, khiến hiệu quả hạ acid uric không ổn định.
- Khoảng 10% bệnh nhân không dung nạp hoặc dị ứng với thuốc.

Trong khi đó, Febuxostat – một thuốc ức chế xanthine oxidase không có cấu trúc purin – đã được chứng minh có hiệu quả mạnh hơn allopurinol, đồng thời an toàn ở bệnh nhân có bệnh thận mạn nhẹ đến vừa.

Febuxostat được Cục Quản lý Dược – Bộ Y tế cấp phép lưu hành tại Việt Nam từ năm 2016 (biệt dược Feburic, Febuxo, Adenuric). Liều thường dùng là 40 mg hoặc 80 mg mỗi ngày. Thuốc không cần chỉnh liều ở bệnh nhân có eGFR \geq 30 mL/phút/1,73m², điều này đặc biệt thuận lợi trong điều trị cho bệnh nhân HCCH có tổn thương thận mạn tính.

Bên cạnh ưu điểm, Febuxostat vẫn còn một số rào cản khi áp dụng rộng rãi:

- Giá thành cao hơn allopurinol, chưa được BHYT chi trả rộng rãi.
- Một số bác sĩ còn thiếu kinh nghiệm kê đơn và theo dõi tác dụng phụ.
- Chưa có hướng dẫn điều trị riêng biệt cho nhóm HCCH, dẫn đến chưa thống nhất trong chỉ định.

Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước gần đây đã cho thấy hiệu quả hạ acid uric máu vượt trội và an toàn của Febuxostat, mở ra tiềm năng áp dụng trong quản lý bệnh nhân HCCH.

2.1.3. Thực trạng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn

Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn là một cơ sở y tế tuyến tỉnh thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, chịu trách nhiệm khám, chữa bệnh và quản lý sức khỏe cho người dân địa phương. Trong những năm gần đây, do lối sống tĩnh tại, chế độ ăn giàu năng lượng, ít vận động, tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa tại bệnh viện có xu hướng gia tăng nhanh chóng, đặc biệt trong nhóm trung niên và người cao tuổi.

Qua khảo sát nội viện năm 2024–2025, tỷ lệ bệnh nhân có HCCH đến khám tại khoa Nội tổng quát chiếm khoảng 27,5% tổng lượt khám bệnh mạn tính, trong đó tăng acid uric máu được ghi nhận ở khoảng 32% bệnh nhân có HCCH.

Hiện tại, bệnh viện chưa có hướng dẫn điều trị riêng cho tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân HCCH, mà chủ yếu tuân theo phác đồ chung của Bộ Y tế và Hội Thấp khớp học Việt Nam.

Các thuốc hạ acid uric được sử dụng bao gồm:

- Allopurinol (100–200 mg/ngày): là lựa chọn đầu tiên nhưng phải giảm liều ở bệnh nhân suy thận.

- Febuxostat (40–80 mg/ngày): được chỉ định khi bệnh nhân không dung nạp hoặc chống chỉ định với allopurinol, hoặc có bệnh thận mạn độ 2–3.

Tuy nhiên, thực tế triển khai tại bệnh viện còn một số hạn chế:

- Thiếu phác đồ chuẩn hóa nội viện về liều dùng, thời gian theo dõi và chỉ định chuyển thuốc.

- Thiếu đào tạo cập nhật cho bác sĩ lâm sàng về thuốc mới, dẫn đến e dè khi sử dụng.

- Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng Febuxostat còn thấp (<15%), do chi phí cao và chưa được BHYT thanh toán.

- Chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị Febuxostat tại bệnh viện – đây chính là khoảng trống mà đề án này hướng đến.

Đặc biệt, trong nhóm bệnh nhân HCCH, đa phần có rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và béo phì, nên việc lựa chọn thuốc hạ acid uric an toàn trên tim mạch, gan, thận là yếu tố then chốt.

Febuxostat, với đặc tính không phụ thuộc chức năng thận và ít tương tác thuốc, được kỳ vọng mang lại hiệu quả cao và an toàn cho nhóm bệnh nhân này tại tuyến tỉnh.

2.1.4. Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 33 bệnh nhân có tăng acid uric máu và hội chứng chuyển hoá, điều trị bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, tỉnh Sóc Trăng từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025.

Tất cả các bệnh nhân đều được thu thập dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, xét nghiệm và theo dõi định kỳ tại các thời điểm 0, 4 và 12 tuần.

Bảng 2. 1. Tuổi

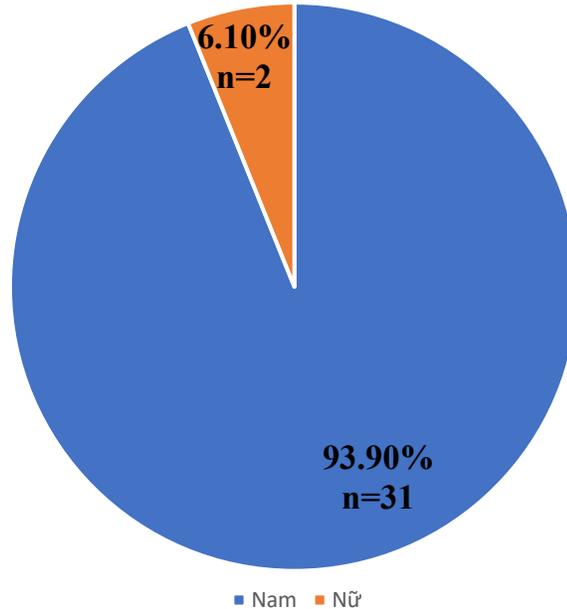
Tuổi	Tuổi thấp nhất	Tuổi cao nhất	$\bar{X} \pm SD$
	20	79	45,6±14,9

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45,6±14,9.

Bảng 2. 2. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số (n=33)	Tỷ lệ (%)
Từ 18-29 tuổi	2	6,1
Từ 30-59 tuổi	25	75,8
≥ 60 tuổi	6	18,2
Tổng	33	100

Nhận xét: Nhóm tuổi 30-59 tuổi chiếm ưu thế, với 25 người (75,8%), nhóm ≥ 60 tuổi có 6 người (18,2%) và nhóm từ 18-29 tuổi có 2 người (6,1%).



Biểu đồ 2. 1. Giới tính

Nhận xét: Trong tổng số 33 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nam chiếm đa số, với 31 người (93,9%), trong khi đó nữ chỉ chiếm có 2 người (6,1%).

Bảng 2. 3. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm tiền sử

Đặc điểm tiền sử	Tần số (n=33)	Tỷ lệ (%)
Gia đình mắc bệnh tim mạch sớm	30	90,9
Tăng huyết áp	27	81,8
Đái tháo đường	29	87,9
Rối loạn lipid máu	30	90,9
Lối sống ít vận động	30	90,9
Hút thuốc lá	28	84,8
Uống rượu bia	29	87,9
Thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin	32	97,0

Nhận xét: Hầu hết các yếu tố tiền sử liên quan đến hội chứng chuyển hóa và tăng acid uric máu xuất hiện với tần suất rất cao trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 2. 4. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số cơ thể

BMI	Tần số (n=33)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	3	9,1
Thừa cân	6	18,2
Béo phì	24	72,7
Tổng	33	100

Nhận xét: Tỷ lệ thừa cân – béo phì chiếm tỷ lệ rất cao trong nghiên cứu chúng tôi lần lượt là 18,2 và 72,7%

Bảng 2. 5. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo Vòng bụng

Vòng bụng (Nam >0.9, Nữ >0.8)	Tần số (n=33)	Tỷ lệ (%)
Tăng	27	81,8
Không tăng	6	18,2

Nhận xét: Trong tổng số 33 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ vòng bụng tăng chiếm tỷ lệ rất cao, với 27 người (81,8%).

Bảng 2. 6. Mối tương quan giữa nồng độ acid uric và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân hội chứng chuyển hoá

Yếu tố liên quan	Acid uric	
	R	p
Tuổi	0,25	0,150
HATT	0,35	0,020
HATTr	0,21	0,100
BMI	0,45	0,009
VB	0,5	0,001
Cholesterol	0,2	0,200
Triglycerid	0,55	0,000
HDL-c	-0,35	0,030
LDL-c	0,25	0,090
AST	0,12	0,300
ALT	0,20	0,140
GGT	0,22	0,120
Glucose	0,15	0,260
HbA1C	0,18	0,200
Creatinin	0,17	0,200
Ure	0,15	0,300
ECG	0,1	0,500

Nhận xét: Triglycerid, HDL-c, BMI, Vòng bụng, HATT, HATTr có tương quan thuận với nồng độ acid uric máu.

Bảng 2. 7. Nồng độ acid uric máu trước và sau điều trị

Nồng độ Acid uric máu	Trước điều trị	Sau điều trị 4 tuần	Sau điều trị 12 tuần	p (Wilcoxon test)
Acid uric máu (umol/L)	653,0±70,3	430,2±79,5	337,9±49,2	<0,001

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu giảm có sự khác biệt sau 4 và 12 tuần điều trị với $p < 0,001$.

Bảng 2. 8. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị 4 tuần và 12 tuần

Sau 4 tuần n(%)		Sau 12 tuần n(%)		p (McNemar test)
Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	
18(54,5)	15(45,5)	32(97)	1(3)	<0,001

Nhận xét: Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị tăng từ 54,5% ở tuần thứ 4 lên 97% ở tuần thứ 12, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. 9. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị 4 tuần và 12 tuần bằng febuxostat theo nhóm tuổi và giới tính

	Sau điều trị 4 tuần n (%)		Sau điều trị 12 tuần n (%)		p (McNemar test)
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	
Nhóm tuổi					
<60	13 (48,1)	14 (51,9)	26 (96,3)	1 (3,6)	<0,001
≥60	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)	0 (0)	1,000

Giới tính					
Nam	17 (54,8)	14 (45,2)	30 (96,8)	1 (3,2)	<0,001
Nữ	1 (50)	1 (50)	2 (100)	0 (0)	1,000

Nhận xét: Sự khác biệt tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị ở nhóm tuổi <60 và nam giới ở tuần thứ 4 và tuần thứ 12 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. 10. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị sau 4 tuần và 12 tuần bằng febuxostat theo tình trạng tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu

	Sau điều trị 4 tuần		Sau điều trị 12 tuần		p (McNemar test)
	n (%)		n (%)		
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	
Tăng huyết áp					
Có	14 (51,9)	13 (48,1)	26 (96,3)	1 (3,6)	<0,001
Không	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)	0 (0)	0,500
Đái tháo đường					
Có	15 (51,7)	14 (48,3)	28 (96,6)	1 (3,4)	<0,001
Không	3 (75)	1 (25)	4 (100)	0 (0)	1,000
Rối loạn lipid máu					
Có	16 (53,3)	14 (46,7)	29 (96,7)	1 (3,4)	<0,001
Không	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (100)	0 (0)	1,000

Nhận xét: Sự khác biệt tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị ở nhóm có tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu ở tuần thứ 4 và tuần thứ 12 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. 11. Nồng độ acid uric máu trước và sau điều trị

Nồng độ		Febuxostat		
		40 mg/ngày (n=18)	80 mg/ngày (n=15)	Chung (n=33)
Acid uric máu	Trước điều trị	617,5 (601,5-648,8)	681 (632-697)	640 (610-674)
	Sau điều trị 12 tuần	300 (286,5-310,3)	385 (369-404)	312 (296,5-382,5)
p (Wilcoxon test)		<0,001	<0,001	<0,001

Nhận xét: Sau điều trị 12 tuần dù với liều 40mg hay 80mg của febuxostat đều làm giảm acid uric máu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

2.1.5. Nhận xét kết quả

Nghiên cứu cho thấy sau 12 tuần điều trị bằng Febuxostat trên bệnh nhân có tăng acid uric máu và hội chứng chuyển hoá, nồng độ acid uric máu trung bình giảm đáng kể từ $653,0 \pm 70,3 \mu\text{mol/l}$ trước điều trị xuống $337,9 \pm 49,2 \mu\text{mol/l}$ ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị tăng từ 54,5% (tuần thứ 4) lên 97% (tuần thứ 12), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Cả hai liều dùng 40 mg và 80 mg đều mang lại hiệu quả giảm acid uric có ý nghĩa thống kê, đồng thời dung nạp tốt và ít tác dụng phụ. Với khả năng kiểm soát tốt acid uric và mức độ dung nạp cao, Febuxostat là lựa chọn hợp lý trong điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có rối loạn chuyển hoá phức tạp, đặc biệt trong bối cảnh lâm sàng tại tuyến cơ sở và cộng đồng có tỷ lệ hội chứng chuyển hoá ngày càng tăng.

2.2. Nghiên cứu có liên quan trong và ngoài nước

2.2.1. Trên thế giới

Tác giả Michael A. Becker và cộng sự vào năm 2005 đăng trên tạp chí NEJM bài so sánh giữa febuxostat và allopurinol trong điều trị tăng acid uric máu và gout, nghiên cứu thực hiện trên 762 bệnh nhân gout và nồng độ acid uric máu ít nhất 8mg/dL được chia thành hai nhóm với febuxostat 80mg hoặc allopurinol 300mg điều trị trong 52 tuần, 760 điều trị với giả dược. Kết quả 53% bệnh nhân điều trị với 80mg febuxostat, 62% điều trị với 120mg febuxostat và 21% allopurinol là đạt được mức acid uric máu thấp hơn 6mg/dl sau 3 tháng điều trị, với $p < 0,001$ [19].

Năm 2012, Robert L. Jackson và cộng sự tìm hiểu sự an toàn và hiệu quả của febuxostat trong giảm acid uric máu ở bệnh nhân gout trên 65 tuổi từ nghiên cứu CONFIRMS, trong tổng số 2269 bệnh nhân tham gia, có 374 người cao tuổi. Febuxostat 80mg có hiệu quả rõ rệt hơn (82%) so với febuxostat 40mg (61,7%) với $p < 0,001$ hoặc allopurinol (47,3%) với $p < 0,001$ trong hiệu quả giảm acid uric máu thấp hơn 6mg/dl. Ở những bệnh nhân bị suy thận nhẹ đến trung bình, hiệu quả hạ acid uric máu hiệu quả hơn ở nhóm febuxostat 80mg (82,5%, $p < 0,001$) so với allopurinol 200/300mg (46,9%) [43].

Năm 2015, tác giả Shigemasa đã thực hiện nghiên cứu để tìm hiểu tác dụng của febuxostat trong ức chế hệ RAAS và cải thiện chức năng thận ở nhóm bệnh nhân tăng acid uric máu có kèm theo THA. Nghiên cứu chia hai nhóm sử dụng febuxostat và giả dược, từ đó đưa ra kết luận sau 6 tháng theo dõi: ở nhóm có sử dụng febuxostat, hoạt động hệ renin, angiotensin, aldosterone và nồng độ acid uric máu giảm đáng kể ($p < 0,0001$), tuy nhiên sự thay đổi huyết áp là chưa có ý nghĩa thống kê [59].

Tác giả Lhanoo Gunawardhana cùng cộng sự vào năm 2017 đã công bố một nghiên cứu ngẫu nhiên, phase 2 có kiểm soát về tác động của febuxostat trên bệnh nhân THA và tăng acid uric máu với mục đích chứng minh kiểm soát acid uric máu

làm giảm huyết áp. Trên 121 bệnh nhân được phân ngẫu nhiên 1:1 với nhóm sử dụng febuxostat 80mg một lần mỗi ngày hoặc giả dược. Sau 6 tuần điều trị, nghiên cứu cho thấy ở tuần thứ 3, nhóm điều trị với febuxostat giảm đáng kể nồng độ acid uric với giả dược ($p < 0,001$). Trong phân tích chung, không thấy có ý nghĩa trong việc giảm huyết áp ở tuần thứ 6 ($p > 0,05$) tuy nhiên, trong các phân tích dưới nhóm thấy có sự thay đổi huyết áp tâm thu 6,6mmHg và tâm trương là 3,3mmHg ở nhóm có chức năng thận bình thường ($p < 0,05$) [37].

Nghiên cứu gần đây của nhóm tác giả Sunao Kojima đăng trên tạp chí European Heart Journal vào năm 2019 qua nghiên cứu FAST để so sánh sự xuất hiện các biến cố não, tim mạch và thận ở bệnh nhân tăng acid uric máu được điều trị bằng febuxostat với nhóm điều trị thông thường bằng thay đổi lối sống. Đây là nghiên cứu đa trung tâm, ngẫu nhiên được thực hiện ở 141 bệnh viện tại Nhật Bản. 1070 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, bệnh nhân cao tuổi bị tăng acid uric máu với acid uric máu từ 7-9mg/dL có nguy cơ mắc bệnh não, tim mạch hoặc thận được xác định bởi tiền sử hoặc hiện tại có THA, ĐTĐ2, bệnh thận hoặc tiền sử bệnh não hoặc bệnh tim mạch được chọn ngẫu nhiên cho các nhóm điều trị febuxostat hoặc không, sau đó quan sát 36 tháng. Nồng độ acid uric máu trong kết cục cuối ở nhóm Febuxostat là 4,51,52 mg/dL so với nhóm không điều trị bằng Febuxostat là 6,72÷1,45 mg/dl ($p < 0,001$) [42].

Nghiên cứu của Shuang Liu và cộng sự, đánh giá hiệu quả cải thiện đường huyết sau ăn và độ nhạy insulin của febuxostat trên bệnh nhân tăng acid uric máu và ĐTĐ mới mắc hoặc tiền đái tháo đường, trên 60 bệnh nhân. Sau 24 tuần điều trị bằng febuxostat, những đối tượng có HUA và AbGM cho thấy giảm đáng kể glucose sau ăn 1 giờ ($11,88 \pm 1,39$ mmol/L lúc ban đầu, $10,97 \pm 2,74$ mmol/L lúc 12 tuần và $11,12 \pm 1,92$ mmol/L lúc 24 tuần, $P_{time} = 0,031$) và glucose sau ăn 2 giờ ($10,25 \pm 1,71$ mmol/L lúc ban đầu, $9,39 \pm 2,77$ mmol/L lúc 12 tuần và $9,16 \pm 2,67$ mmol/L

lúc 24 tuần, Ptime = 0,014). Febuxostat cải thiện đáng kể độ nhạy insulin của những đối tượng trong nhóm AbGM, nhưng không ảnh hưởng đến chức năng tế bào β [56].

Nghiên cứu của Mohd Noor Azreey Mukri và cộng sự, đánh giá vai trò của febuxostat trong việc làm chậm sự tiến triển của bệnh thận do đái tháo đường với tình trạng tăng acid uric không triệu chứng. Kết quả eGFR ở nhóm dùng febuxostat ổn định sau 6 tháng mà không giảm đáng kể [26,2 (IQR 14,30) khi bắt đầu xuống còn 26,3 (IQR 15,2) ml/phút/1,73 m²]. Trong khi đó, có sự giảm đáng kể eGFR ở nhóm không điều trị từ 28,2 (IQR 17,9) xuống 27,6 (IQR 19,3) ml/phút/1,73 m² (giá trị p < 0,01). Chúng tôi thấy HbA1c (hemoglobin glycosyl hóa) tăng đáng kể ở nhóm febuxostat từ 7,2 ± 0,5% lúc ban đầu lên 7,6 ± 1,4 sau 6 tháng (giá trị p 0,04) nhưng không có thay đổi đáng kể nào của HbA1c ở nhóm không điều trị. Mức protein niệu không đổi ở cả hai nhóm. Tác dụng phụ phổ biến nhất là đau khớp [46].

2.2.2. Tại Việt Nam

Theo tác giả Trần Kim Sơn (2023) [16], nghiên cứu trên 33 bệnh nhân THA nguyên phát, nồng độ acid uric trung bình là 368,5 ± 126,5 $\mu\text{mol/l}$, sau 8 tuần điều trị bằng febuxostat 40 mg, acid uric máu giảm từ 528,5 $\mu\text{mol/l}$ xuống còn 302,5 $\mu\text{mol/l}$. Sau 8 tuần dù với liều 40mg hay 80 mg đều làm giảm acid uric máu có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị tăng từ 67,6% ở tuần thứ 4 lên 97,1% ở tuần thứ 8, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,002).

Theo tác giả Nguyễn Đăng Khoa (2024) [11], nghiên cứu trên 156 bệnh nhân ĐTĐ, Dân số nghiên cứu có tuổi trung bình là 64,9 ± 12,3 tuổi, và nam giới chiếm đa số. Về bệnh kèm theo, THA chiếm tỉ lệ cao nhất với 75%. Khoảng 25% người bệnh có chẩn đoán bệnh thận mạn (và có chỉ số eGFR ở thời điểm khảo sát là dưới 60mL/phút/1,73m²). Nồng độ acid uric huyết thanh có giá trị trung bình là 6,5 ± 1,6 mg/dL, trong đó, tỉ lệ có tăng acid uric chiếm 43%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) về sự phân bố tỉ lệ có bệnh kèm theo (THA, MetS, bệnh thận mạn) theo

phân nhóm có tăng acid uric máu và bình thường. Kết quả cho thấy ở nhóm có tăng acid uric máu thì tỉ lệ có 2 hoặc 3 bệnh kèm theo (trong số các bệnh tăng huyết áp, MetS, bệnh thận mạn) có tổng chiếm hơn 75%, trong khi đó, ở nhóm có nồng độ acid uric máu bình thường thì tỉ lệ này là khoảng 50%. Acid uric máu và chỉ số eGFR có sự tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với hệ số $r = 0,22$ ($p < 0,001$). Mỗi tương quan này cũng thể hiện sự khác biệt ở hai phân nhóm: tăng acid uric và bình thường.

Theo tác giả Hồ Thị Ngọc Dung (2009) [4], nghiên cứu trên 194 bệnh nhân THA nhập viện, nồng độ acid uric trung bình là $368,5 \pm 64,5$ $\mu\text{mol/l}$, và có sự khác biệt giữa các phân độ THA theo JNC 7. Mỗi tương quan giữa nồng độ acid uric với trị số huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương có ý nghĩa thống kê.

Qua nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thuý Hằng (năm 2020) [13], trên 82 bệnh nhân THA kết quả nghiên cứu như sau: nồng độ acid uric máu trên bệnh nhân THA: $382,2 \pm 24,5$ mol/l , ở nam giới cao hơn nữ giới. Tương quan thuận giữa nồng độ acid uric máu và mức độ THA ($r=0,23$, $p < 0,05$), với thời gian phát hiện tăng huyết áp ($r=0,21$, $p < 0,05$), với chức năng thận và BMI, cũng như triglycerid và cholesterol máu [13].

Đến năm 2020, tác giả Lê Tự Phương Thuý khảo sát mối tương quan giữa nồng độ acid uric với hiện diện tổn thương cơ quan đích trên 165 bệnh nhân THA không có các tổn thương cơ quan đích, nghiên cứu chỉ ra rằng nồng độ acid uric máu có mối tương quan chặt chẽ và độc lập với vi đạm niệu ($p=0,004$), dày thất trái và bệnh động mạch ngoại biên [8].

Năm 2021, tác giả Phạm Thị Ngọc Thuý và cộng sự nghiên cứu các yếu tố liên quan đến tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp, cho kết quả tỷ lệ tăng acid uric máu là 42,5%, nồng độ acid uric máu trung bình là $382,42 \pm 97,78$ $\mu\text{mol/l}$, các yếu tố liên quan là tăng huyết áp độ I, thời gian tăng huyết áp > 5 năm, điều trị không liên tục, vòng bụng, tăng cholesterol, chế độ ăn nhiều purin, giảm HDL-C [14].

2.3. Các vấn đề còn tồn tại, đề án tập trung nghiên cứu giải quyết

Tổng hợp từ các công trình nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy, mặc dù đã có nhiều bằng chứng chứng minh mối liên hệ chặt chẽ giữa tăng acid uric máu và hội chứng chuyển hóa, cũng như hiệu quả vượt trội của Febuxostat trong kiểm soát acid uric, song vẫn còn nhiều khoảng trống cần được làm rõ, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam.

Thiếu dữ liệu nghiên cứu đặc thù cho nhóm bệnh nhân HCCH

Phần lớn các nghiên cứu hiện có tập trung vào bệnh gout hoặc tăng acid uric máu đơn thuần. Nhóm bệnh nhân tăng acid uric máu kèm HCCH – vốn có đặc điểm sinh lý bệnh phức tạp hơn, nhiều rối loạn chuyển hóa đi kèm và nguy cơ tim thận cao – vẫn chưa được khảo sát đầy đủ.

Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá riêng hiệu quả của Febuxostat trên nhóm HCCH, trong khi đây là nhóm đang ngày càng phổ biến trong cộng đồng.

Thời gian theo dõi điều trị còn ngắn

Các công trình trong và ngoài nước đa phần có thời gian theo dõi từ 4 đến 12 tuần. Thời gian này đủ để đánh giá tác dụng hạ acid uric, nhưng chưa đủ dài để đánh giá bền vững kiểm soát uric và ảnh hưởng lâu dài đến chức năng thận, huyết áp hay lipid máu.

Do đó, việc nghiên cứu hiệu quả Febuxostat trong giai đoạn theo dõi dài hơn, có đối chiếu trước – sau điều trị là cần thiết.

Thiếu bằng chứng thực tế tại tuyến tỉnh

Hầu hết nghiên cứu được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương với điều kiện xét nghiệm và theo dõi tốt. Trong khi đó, tại tuyến tỉnh như Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, nguồn lực, trang thiết bị và kinh nghiệm sử dụng Febuxostat còn hạn chế.

Điều này tạo ra khoảng trống dữ liệu thực hành lâm sàng, khiến việc mở rộng ứng dụng Febuxostat tại cơ sở còn chậm.

Chưa có phác đồ chuẩn hóa riêng cho nhóm bệnh nhân HCCH

Các hướng dẫn điều trị (EULAR 2016, ACR 2020) chủ yếu tập trung vào bệnh gout, chưa có khuyến cáo cụ thể cho bệnh nhân tăng acid uric máu trên nền HCCH. Do đó, việc áp dụng máy móc phác đồ gout cho nhóm HCCH có thể không phù hợp và thiếu hiệu quả, đặc biệt trong các trường hợp có kháng insulin, rối loạn lipid hoặc béo phì trung tâm.

Hạn chế trong giám sát an toàn và tác dụng phụ

Một số nghiên cứu quốc tế ghi nhận Febuxostat có thể làm tăng men gan nhẹ (1,2–1,8%) hoặc rối loạn tiêu hóa thoáng qua. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc theo dõi men gan, creatinin và eGFR định kỳ chưa thực hiện đồng bộ, dẫn đến chưa đánh giá đầy đủ tính an toàn trong thực tế.

Chưa có cơ sở khoa học để đề xuất chính sách sử dụng và thanh toán BHYT

Do thiếu dữ liệu nội địa và nghiên cứu thực tiễn, Febuxostat chưa được Bảo hiểm Y tế thanh toán rộng rãi, dẫn đến việc sử dụng còn hạn chế. Cần có nghiên cứu tại tuyến tỉnh chứng minh hiệu quả – an toàn – chi phí hợp lý để làm cơ sở cho đề xuất chính sách y tế công.

Trên cơ sở những tồn tại nêu trên, đề án “Đánh giá hiệu quả điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng năm 2025” tập trung vào ba hướng chính sau:

Phân tích và mô tả thực trạng điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có HCCH

Xác định đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân HCCH kèm tăng acid uric máu.

Đánh giá mức độ kiểm soát acid uric máu hiện nay tại bệnh viện, các thuốc đang được sử dụng (Allopurinol, Colchicin, Febuxostat), tỉ lệ đạt mục tiêu điều trị và các yếu tố ảnh hưởng.

Làm rõ mối liên hệ giữa acid uric máu với các thành phần của HCCH (BMI, vòng eo, huyết áp, triglycerid, HDL-C, glucose máu).

Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của Febuxostat trong điều kiện thực tế tại tuyến tỉnh

Theo dõi 33 bệnh nhân có HCCH được điều trị bằng Febuxostat trong 12 tuần, đánh giá thay đổi acid uric máu, men gan, creatinin và các chỉ số chuyển hoá.

Phân tích hiệu quả giữa các liều (40 mg và 80 mg), xác định tỉ lệ đạt mục tiêu điều trị, mức giảm trung bình acid uric máu, và tác dụng không mong muốn.

So sánh kết quả với các nghiên cứu quốc tế để đối chiếu tính tương đồng và khác biệt trong quần thể bệnh nhân Việt Nam.

Đề xuất mô hình điều trị và khuyến nghị chính sách

Xây dựng quy trình điều trị và theo dõi bệnh nhân tăng acid uric máu trên nền HCCH bằng Febuxostat tại tuyến tỉnh, bao gồm: chỉ định, liều khởi đầu, xét nghiệm cần theo dõi và thời gian tái khám.

Đề xuất giải pháp nâng cao năng lực chuyên môn cho bác sĩ tuyến cơ sở, phối hợp liên chuyên khoa (Nội tiết – Tim mạch – Thận học).

Trên cơ sở dữ liệu nghiên cứu, kiến nghị Bộ Y tế và BHYT xem xét đưa Febuxostat vào danh mục thuốc chi trả cho nhóm bệnh nhân nguy cơ cao.

Về mặt khoa học:

Bổ sung bằng chứng đầu tiên tại Việt Nam về hiệu quả và độ an toàn của Febuxostat trên bệnh nhân HCCH – nhóm chưa từng được nghiên cứu riêng biệt.

Góp phần làm sáng tỏ vai trò của acid uric trong cơ chế bệnh sinh HCCH và giá trị của kiểm soát acid uric máu trong cải thiện các rối loạn chuyển hoá.

Cung cấp dữ liệu gốc có thể dùng làm nền tảng cho nghiên cứu đa trung tâm quy mô lớn trong tương lai.

Về mặt thực tiễn:

Giúp các bác sĩ tuyến tỉnh áp dụng thuốc mới an toàn – hiệu quả – chi phí hợp lý, đồng thời chuẩn hóa quy trình điều trị.

Hỗ trợ nhà quản lý và cơ quan bảo hiểm trong việc ra quyết định chính sách y tế về phân bổ nguồn lực, thuốc, và chi trả điều trị tăng acid uric máu.

Góp phần giảm tỷ lệ biến chứng tim mạch, thận mạn và gout mạn ở nhóm bệnh nhân có HCCH – những rối loạn chuyển hoá ngày càng phổ biến ở Việt Nam.

Như vậy, qua việc tổng hợp và phân tích các tài liệu nghiên cứu trước, có thể thấy vấn đề còn bỏ ngỏ là hiệu quả điều trị tăng acid uric máu bằng Febuxostat trên nhóm bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại tuyến tỉnh.

Đây chính là hướng mà đề án tập trung giải quyết, nhằm đánh giá toàn diện hiệu quả – an toàn – khả năng ứng dụng thực tế, đồng thời đề xuất giải pháp điều trị và chính sách triển khai phù hợp với điều kiện Việt Nam.

Chương 3

ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP VÀ KIẾN NGHỊ

3.1. Cơ sở lý luận và thực tiễn của việc đề xuất giải pháp

3.1.1. Cơ sở lý luận

Tăng acid uric máu là một trong những biểu hiện sinh hóa quan trọng của hội chứng chuyển hoá (HCCH), có liên quan chặt chẽ đến các rối loạn chuyển hoá như tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu và béo phì. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định acid uric không chỉ là sản phẩm cuối cùng của chuyển hoá purin mà còn đóng vai trò trong cơ chế bệnh sinh của HCCH, góp phần thúc đẩy stress oxy hoá, viêm nội mô và xơ vữa động mạch.

Theo hướng dẫn ACR 2020 và EULAR 2016, mục tiêu điều trị tăng acid uric máu là đạt nồng độ acid uric huyết thanh dưới 360 $\mu\text{mol/L}$, hoặc dưới 300 $\mu\text{mol/L}$ ở bệnh nhân có tophi hoặc bệnh thận mạn tính.

Trong các thuốc hạ acid uric, Febuxostat – chất ức chế chọn lọc xanthine oxidase thế hệ mới – được chứng minh có hiệu quả cao và dung nạp tốt hơn Allopurinol, đặc biệt ở bệnh nhân có suy thận nhẹ – trung bình.

Kết quả tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn cho thấy sau 12 tuần điều trị, nồng độ acid uric giảm trung bình từ $653,0 \pm 70,3$ xuống $337,9 \pm 49,2$ $\mu\text{mol/L}$ ($p < 0,001$), với tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị 97%, đồng thời ít gặp tác dụng phụ đáng kể.

Như vậy, Febuxostat là lựa chọn có cơ sở khoa học vững chắc và phù hợp với điều kiện thực tế tại bệnh viện tuyến tỉnh, cần được chuẩn hoá quy trình sử dụng và mở rộng ứng dụng lâm sàng.

3.1.2. Cơ sở thực tiễn

Tình hình bệnh lý tại địa phương:

Tại tỉnh Sóc Trăng, tỷ lệ người trưởng thành có HCCH ước tính chiếm gần 25–30% dân số trưởng thành, trong đó gần một nửa có tăng acid uric máu.

Tuy nhiên, việc tầm soát và điều trị vẫn còn rời rạc, thiếu quy trình thống nhất, chủ yếu dựa trên kinh nghiệm cá nhân bác sĩ.

Hạn chế của phương pháp điều trị hiện hành:

Allopurinol là thuốc chủ lực nhưng gây dị ứng, phản ứng quá mẫn, độc gan ở 1–2% bệnh nhân.

Bệnh nhân suy thận phải giảm liều hoặc ngưng thuốc, làm giảm hiệu quả kiểm soát acid uric.

Thiếu sự phối hợp giữa các khoa Nội tổng hợp, Nội tiết và Thận tiết niệu.

Nhu cầu thực tiễn:

Cần một phác đồ điều trị phù hợp điều kiện tuyến tỉnh, dễ áp dụng, an toàn và có thể nhân rộng.

Cần cơ sở dữ liệu khoa học nội địa để làm căn cứ kiến nghị bảo hiểm y tế chi trả thuốc Febuxostat.

3.2. Mục tiêu của các giải pháp

Mục tiêu tổng quát:

Nâng cao hiệu quả điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có HCCH tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn thông qua ứng dụng và chuẩn hoá phác đồ sử dụng Febuxostat.

Mục tiêu cụ thể:

Xây dựng mô hình quản lý bệnh nhân HCCH có tăng acid uric máu tại tuyến tỉnh.

Chuẩn hoá quy trình chẩn đoán, theo dõi và điều trị bằng Febuxostat.

Đào tạo, nâng cao năng lực cho đội ngũ y bác sĩ trong kê đơn, theo dõi tác dụng phụ, và tư vấn bệnh nhân.

Đề xuất cơ chế tài chính và chính sách y tế phù hợp để mở rộng điều trị.

3.3. Đề xuất các giải pháp cụ thể

3.3.1. Giải pháp về chuyên môn – kỹ thuật

Xây dựng và áp dụng quy trình điều trị chuẩn hóa với Febuxostat

Bước 1: Chẩn đoán tăng acid uric máu theo tiêu chuẩn ACR 2020, loại trừ gout cấp và các nguyên nhân thứ phát.

Bước 2: Đánh giá toàn diện các yếu tố của HCCH (BMI, huyết áp, lipid, glucose, vòng eo).

Bước 3: Lựa chọn liều Febuxostat phù hợp:

40 mg/ngày cho bệnh nhân khởi đầu hoặc chức năng thận bình thường.

80 mg/ngày nếu sau 4 tuần chưa đạt mục tiêu ($< 360 \mu\text{mol/L}$ với nữ, $< 420 \mu\text{mol/L}$ với nam).

Bước 4: Theo dõi định kỳ 4–12 tuần: men gan, creatinin, ECG, lipid máu, HbA1c.

Bước 5: Tư vấn lối sống, chế độ ăn ít purin, hạn chế rượu bia, tăng vận động thể lực.

Lý do lựa chọn:

Phác đồ này đơn giản, dễ áp dụng tại tuyến tỉnh, dựa trên hướng dẫn ACR 2020 và bằng chứng từ nghiên cứu thực tế tại bệnh viện.

Thiết lập “Phòng quản lý bệnh nhân hội chứng chuyển hoá”

Kết hợp khoa Nội tổng hợp, Nội tiết, Thận – Tiết niệu và Dinh dưỡng.

Lưu trữ hồ sơ điện tử, theo dõi acid uric, lipid, glucose định kỳ 3 tháng/lần.

Cung cấp tư vấn dinh dưỡng và điều chỉnh thuốc cá thể hóa.

Hiệu quả mong đợi:

Giảm 30–40% số ca tái phát gout hoặc biến chứng do tăng acid uric.

Tăng tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị ổn định trên 90% bệnh nhân.

Ứng dụng công nghệ thông tin trong theo dõi và nhắc tái khám

Xây dựng phần mềm hoặc ứng dụng di động đơn giản giúp:

Ghi nhận kết quả xét nghiệm, liều dùng, tác dụng phụ.

Gửi tin nhắn tự động nhắc bệnh nhân tái khám sau 4–12 tuần.

Hỗ trợ bác sĩ đánh giá tiên triển bệnh nhân từ xa.

Lý do lựa chọn:

Giúp quản lý bệnh nhân mạn tính hiệu quả, tiết kiệm chi phí, phù hợp với xu hướng chuyển đổi số y tế.

3.3.2. Giải pháp về tổ chức và quản lý

Đào tạo và cập nhật kiến thức cho cán bộ y tế

Tổ chức các buổi tập huấn nội viện về điều trị tăng acid uric máu và sử dụng Febuxostat.

Cập nhật hướng dẫn điều trị quốc tế (EULAR, ACR) cho đội ngũ bác sĩ điều trị.

Thiết lập mạng lưới quản lý bệnh nhân mạn tính tại tuyến cơ sở

Liên kết giữa Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn và các trạm y tế phường/xã.

Triển khai sổ quản lý điện tử theo dõi nồng độ acid uric máu định kỳ.

Tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng

Tổ chức các buổi tư vấn dinh dưỡng, phát tờ rơi về chế độ ăn ít purin.

Xây dựng các video tuyên truyền ngắn trên mạng xã hội, fanpage bệnh viện.

3.3.3. Giải pháp về nguồn lực, cơ sở vật chất và tài chính

Nguồn nhân lực

Để triển khai hiệu quả các giải pháp, cần xây dựng một đội ngũ liên chuyên khoa bao gồm:

- Nhóm chuyên môn chính: bác sĩ Nội tổng quát, Nội tiết, Thận – Tiết niệu, Tim mạch, Dinh dưỡng.
- Nhóm hỗ trợ kỹ thuật: điều dưỡng, kỹ thuật viên xét nghiệm sinh hóa, kỹ thuật viên tin học y tế.
- Nhóm quản lý và thống kê: cán bộ phụ trách thu thập dữ liệu, nhập liệu và tổng hợp báo cáo định kỳ.

Phân công nhiệm vụ cụ thể:

- Bác sĩ điều trị: Khám, kê đơn, theo dõi và điều chỉnh liều Febuxostat.
- Điều dưỡng: Theo dõi sinh hiệu, hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ điều trị và chế độ sinh hoạt.
- Kỹ thuật viên xét nghiệm: Thực hiện xét nghiệm acid uric, lipid máu, glucose, men gan, creatinin theo lịch.
- Nhân viên thống kê: Ghi nhận kết quả, nhập dữ liệu vào phần mềm theo dõi, phối hợp báo cáo định kỳ cho nhóm nghiên cứu.

Việc tổ chức nhân sự theo mô hình này giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị, tăng cường giám sát tuân thủ và phát hiện sớm các bất thường trong quá trình dùng thuốc.

Cơ sở vật chất và trang thiết bị

Cơ sở hạ tầng hiện có của Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn hoàn toàn có thể đáp ứng nghiên cứu và triển khai quy trình điều trị này, tuy nhiên cần bổ sung và nâng cấp một số hạng mục:

- Phòng khám chuyên biệt hoặc “Phòng quản lý HCCH và rối loạn chuyển hoá” cân sức khỏe, thước dây, máy tính có phần mềm thống kê.
- Hệ thống xét nghiệm: Máy phân tích sinh hóa tự động Cobas-e (Nhật Bản) – hiện có, cần bổ sung bộ test định lượng acid uric, lipid, glucose, HbA1C.
- Thiết bị lưu trữ dữ liệu điện tử, máy tính nối mạng nội bộ, phần mềm theo dõi bệnh nhân dùng Febuxostat.

Hiệu quả mong đợi:

Cơ sở vật chất được chuẩn hóa giúp đảm bảo độ chính xác xét nghiệm, đồng thời hỗ trợ lưu trữ và phân tích số liệu lâu dài, góp phần xây dựng cơ sở dữ liệu cho các nghiên cứu mở rộng sau này.

Nguồn tài chính

Để đảm bảo tính khả thi, kinh phí cần được huy động từ nhiều nguồn:

- Nguồn nội viện: Ngân sách nghiên cứu khoa học của Bệnh viện, hỗ trợ vật tư xét nghiệm và phần mềm quản lý.
- Nguồn xã hội hóa: Từ các doanh nghiệp dược phẩm có cung cấp Febuxostat, tài trợ các hoạt động tập huấn, in ấn tài liệu.
- Nguồn người bệnh: Bệnh nhân chi trả chi phí xét nghiệm định kỳ (nếu không được BHYT thanh toán).

Cơ cấu dự kiến kinh phí:

- Xét nghiệm định kỳ 3 lần/bệnh nhân (khoảng 200.000đ/lần).
- Chi phí đào tạo, hội thảo nội viện: 10–15 triệu đồng/năm.
- Chi phí phần mềm quản lý bệnh nhân và hệ thống lưu trữ dữ liệu: 20–30 triệu đồng/năm.

Đánh giá khả thi:

Mức chi phí này hoàn toàn phù hợp với quy mô bệnh viện tuyến tỉnh, có thể duy trì lâu dài nếu tích hợp vào hoạt động khám ngoại trú định kỳ.

3.4. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện giải pháp

3.4.1. Yếu tố thuận lợi

Nhu cầu điều trị tăng cao: Sự gia tăng nhanh chóng của HCCH tại Sóc Trăng – một tỉnh có dân số trên 1,3 triệu người với tỷ lệ béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu ngày càng cao – khiến nhu cầu chẩn đoán và điều trị tăng acid uric máu trở thành vấn đề cấp thiết. Điều này tạo ra áp lực nhưng đồng thời cũng là động lực để đổi mới và triển khai giải pháp điều trị hiệu quả như Febuxostat.

Đội ngũ chuyên môn có năng lực: Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn hiện có đội ngũ bác sĩ nội khoa, nội tiết, tim mạch và dược sĩ lâm sàng được đào tạo cơ bản và cập nhật liên tục về điều trị các bệnh mạn tính, giúp dễ dàng tiếp cận phác đồ mới và triển khai thuốc mới như Febuxostat một cách hợp lý.

Hỗ trợ từ lãnh đạo bệnh viện và Sở Y tế: Lãnh đạo bệnh viện thể hiện cam kết mạnh mẽ trong việc ứng dụng thuốc mới, triển khai các chương trình quản lý bệnh mãn tính, đồng thời phối hợp chặt chẽ với Sở Y tế để lồng ghép chương trình điều trị tăng acid uric máu với các chương trình quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường.

Ứng dụng công nghệ thông tin y tế ngày càng phổ biến: Sự phát triển của hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử, các ứng dụng nhắc lịch tái khám và thống kê hiệu quả điều trị góp phần nâng cao chất lượng điều trị và giúp theo dõi sát bệnh nhân sử dụng Febuxostat.

3.4.2. Yếu tố hạn chế

Kiến thức và thái độ của bệnh nhân:

+ Nhiều bệnh nhân chưa hiểu rõ mối liên hệ giữa acid uric và hội chứng chuyển hóa, hoặc cho rằng acid uric tăng chỉ gây gout mà không ảnh hưởng đến tim mạch hay thận. Tâm lý e ngại dùng thuốc lâu dài, lo sợ tác dụng phụ hoặc chi phí cao có thể dẫn đến kém tuân thủ, giảm hiệu quả điều trị.

+ Một số bệnh nhân dân tộc thiểu số tại Sóc Trăng (như Khmer) gặp rào cản về ngôn ngữ, tiếp cận thông tin sức khỏe hạn chế, cần có tư liệu truyền thông sức khỏe bằng tiếng địa phương.

Hạn chế về tài chính: Mặc dù được BHYT hỗ trợ, nhưng chi phí xét nghiệm theo dõi chức năng gan, thận và các xét nghiệm đi kèm (lipid máu, glucose máu, protein niệu...) vẫn có thể là gánh nặng cho bệnh nhân thu nhập thấp hoặc không có BHYT. Ngoài ra, việc triển khai phần mềm, thiết bị máy móc cũng đòi hỏi ngân sách đầu tư ban đầu lớn, có thể gây khó khăn nếu không có sự hỗ trợ từ trung ương hoặc dự án quốc tế.

Hạn chế về hệ thống dữ liệu và giám sát: Mặc dù bệnh viện có triển khai hồ sơ bệnh án điện tử, nhưng hệ thống còn phân mảnh, thiếu liên thông giữa các chuyên khoa. Việc đánh giá toàn diện hiệu quả điều trị Febuxostat đòi hỏi hệ thống dữ liệu

liên ngành, tích hợp từ lâm sàng, cận lâm sàng đến cấp phát thuốc, điều này hiện chưa được tối ưu.

Tâm lý ngại thay đổi phác đồ điều trị: Một bộ phận bác sĩ vẫn quen sử dụng allopurinol do giá thành rẻ và lịch sử sử dụng lâu dài, trong khi Febuxostat là thuốc mới, cần theo dõi sát hơn. Nếu không được đào tạo và có hướng dẫn cụ thể, họ có thể ngần ngại chuyển sang thuốc mới, làm giảm khả năng ứng dụng rộng rãi.

Biên chứng ngoài ý muốn và cảnh báo dược lý: Febuxostat có thể liên quan đến tăng nguy cơ biến cố tim mạch ở một số nghiên cứu, đặc biệt là ở bệnh nhân có tiền sử bệnh tim thiếu máu cục bộ. Việc đánh giá nguy cơ – lợi ích cần được cá thể hóa, nếu không dễ gây lo ngại và làm chậm quá trình triển khai.

Giải pháp khắc phục các rào cản. Để vượt qua các yếu tố cản trở nêu trên, đề án đề xuất các giải pháp cụ thể:

- + Tổ chức các lớp truyền thông – giáo dục sức khỏe cộng đồng về bệnh tăng acid uric máu và lợi ích của điều trị kiểm soát lâu dài bằng Febuxostat, đặc biệt nhấn mạnh vai trò của thuốc trong dự phòng biến chứng thận và tim mạch.

- + Xây dựng tài liệu giáo dục sức khỏe bằng song ngữ Việt – Khmer, hình ảnh đơn giản, dễ hiểu, sử dụng trong tư vấn cá nhân và nhóm.

- + Tăng cường đào tạo, tập huấn nội bộ cho bác sĩ và dược sĩ về phác đồ mới, đánh giá nguy cơ tim mạch khi dùng Febuxostat, cách theo dõi và xử trí tác dụng không mong muốn.

- + Kết nối hệ thống dữ liệu liên chuyên khoa bằng phần mềm bệnh mãn tính tích hợp, giúp theo dõi toàn diện hiệu quả điều trị, từ acid uric, huyết áp, đường máu đến lipid máu.

- + Phối hợp với nhà tài trợ và quỹ y tế địa phương để cung cấp hỗ trợ chi phí thuốc hoặc xét nghiệm cho nhóm bệnh nhân thu nhập thấp hoặc không có BHYT.

3.5. Kiến nghị

Dựa trên kết quả phân tích thực trạng điều trị, các giải pháp đề xuất và những yếu tố thuận lợi, khó khăn đã nêu, nhóm nghiên cứu đưa ra một số kiến nghị cụ thể nhằm triển khai và mở rộng hiệu quả điều trị tăng acid uric máu bằng Febuxostat ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, tỉnh Sóc Trăng như sau:

3.5.1. Đối với Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn

Triển khai phác đồ chuẩn hóa điều trị tăng acid uric máu bằng Febuxostat

Xây dựng và áp dụng phác đồ điều trị thống nhất cho bệnh nhân tăng acid uric máu, đặc biệt trên nhóm có hội chứng chuyển hóa.

Tổ chức các buổi hội chẩn liên khoa (Nội tổng quát – Nội tiết – Tim mạch – Dinh dưỡng – Xét nghiệm) nhằm đảm bảo tính đồng bộ trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị.

Đưa chỉ tiêu “tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu acid uric máu $<360 \mu\text{mol/L}$ ” vào tiêu chí đánh giá chất lượng điều trị nội viện hàng năm.

Thành lập “Phòng quản lý bệnh nhân hội chứng chuyển hóa và tăng acid uric máu”

Bố trí phòng chuyên biệt tại khoa Nội tổng hợp để quản lý, tư vấn, điều trị và theo dõi bệnh nhân có HCCH, gout và tăng acid uric máu.

Lưu trữ hồ sơ điện tử, theo dõi xét nghiệm định kỳ (acid uric, lipid máu, glucose, creatinin) và cập nhật tự động lên hệ thống HIS của bệnh viện.

Tổ chức khám định kỳ mỗi 3 tháng để đánh giá hiệu quả điều trị, phát hiện sớm biến chứng tim, thận và chuyển hóa

Tăng cường công tác đào tạo – tập huấn chuyên môn nội viện

Tổ chức tập huấn hàng năm về cập nhật hướng dẫn điều trị gout và tăng acid uric máu (theo ACR 2020, EULAR 2016).

Đào tạo kỹ năng sử dụng Febuxostat an toàn, nhận diện và xử trí tác dụng phụ.
Cử cán bộ tham gia các khóa học liên tục về bệnh chuyển hóa tại Đại học Y Dược Cần Thơ hoặc các trung tâm y học chuyên sâu.

Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh nhân

Xây dựng phần mềm nội viện hoặc sử dụng module HIS sẵn có để quản lý hồ sơ, kết quả xét nghiệm và liều dùng Febuxostat của từng bệnh nhân.

Thiết lập hệ thống nhắc tái khám tự động qua tin nhắn SMS hoặc ứng dụng di động, giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị.

Tích hợp dữ liệu điều trị vào hệ thống thống kê báo cáo định kỳ, phục vụ công tác nghiên cứu khoa học.

Thực hiện nghiên cứu mở rộng và đánh giá dài hạn

Tiếp tục theo dõi nhóm bệnh nhân sử dụng Febuxostat sau 6 tháng – 1 năm để đánh giá độ bền kiểm soát acid uric và biến chứng lâu dài.

Phối hợp với các bệnh viện tuyến trung ương (ví dụ: Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ) để thực hiện nghiên cứu đa trung tâm, làm cơ sở kiến nghị chính sách BHYT.

3.5.2. Đối với các khoa, phòng liên quan

Khoa Dược:

Đảm bảo cung ứng Febuxostat liên tục, kiểm soát chất lượng thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc (ADR).

Phối hợp với khoa Nội để hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

Khoa Xét nghiệm:

Ưu tiên triển khai gói xét nghiệm theo dõi bệnh nhân Febuxostat định kỳ (acid uric, men gan, creatinin).

Tích hợp dữ liệu vào phần mềm HIS để hỗ trợ bác sĩ điều trị.

Phòng Kế hoạch – Tổng hợp:

Theo dõi và đánh giá các chỉ tiêu chất lượng điều trị, báo cáo định kỳ lên Ban Giám đốc.

Phối hợp tổ chức đào tạo, truyền thông và các hội thảo nội viện.

3.5.3. Đối với bệnh nhân và người nhà

Tuân thủ điều trị lâu dài, không tự ý ngừng thuốc khi triệu chứng thuyên giảm.

Tái khám định kỳ, thực hiện xét nghiệm theo hướng dẫn.

Duy trì chế độ ăn giảm purin, hạn chế bia rượu, tăng vận động thể lực.

Tham gia câu lạc bộ bệnh nhân để được tư vấn, chia sẻ kinh nghiệm và nhận hỗ trợ từ nhân viên y tế.

3.6. Điều kiện thực hiện và đánh giá hiệu quả

3.6.1. Điều kiện thực hiện

Nhân lực: 01 trưởng nhóm (BSCKII Nội tổng hợp), 02 bác sĩ điều trị, 01 dược sĩ lâm sàng, 01 kỹ thuật viên xét nghiệm, 01 nhân viên CNTT.

Cơ sở vật chất: Phòng khám chuyên biệt, hệ thống HIS, thiết bị xét nghiệm sinh hoá tự động, phần mềm quản lý bệnh nhân.

Kinh phí: Từ nguồn quỹ nghiên cứu khoa học và ngân sách bệnh viện (~120 triệu đồng/năm).

Thời gian thực hiện: Thí điểm 12 tháng (2025), đánh giá sơ kết sau 6 tháng.

3.6.2. Đánh giá hiệu quả

Các chỉ số đánh giá đề xuất gồm:

Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu acid uric máu $<360 \mu\text{mol/L}$ sau 12 tuần điều trị.

Tỷ lệ tuân thủ tái khám $\geq 85\%$.

Tỷ lệ gặp tác dụng phụ $\leq 5\%$.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân $\geq 90\%$.

Báo cáo định kỳ 6 tháng/lần trình Ban Giám đốc.

3.6.3. Kỳ vọng và ý nghĩa

Việc triển khai các giải pháp nêu trên tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn sẽ giúp:

Chuẩn hoá phác đồ điều trị tăng acid uric máu bằng Febuxostat.

Tăng tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị, giảm biến chứng tim mạch – thận.

Nâng cao năng lực chuyên môn của đội ngũ y tế.

Cải thiện chất lượng sống cho người bệnh mạn tính tại địa phương.

KẾT LUẬN

Đề án “Đánh giá hiệu quả điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, tỉnh Sóc Trăng năm 2025” đã thực hiện đánh giá toàn diện hiệu quả điều trị và khả năng dung nạp của Febuxostat trong nhóm bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại tuyến tỉnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Nồng độ acid uric trung bình giảm có ý nghĩa thống kê, từ $653,0 \pm 70,3$ $\mu\text{mol/L}$ trước điều trị xuống $337,9 \pm 49,2$ $\mu\text{mol/L}$ sau 12 tuần ($p < 0,001$).

Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị tăng từ 54,5% sau 4 tuần lên 97,0% sau 12 tuần.

Hai liều 40 mg và 80 mg/ngày đều có hiệu quả tương đương, dung nạp tốt, không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng.

Có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ acid uric và các yếu tố nguy cơ chuyển hoá (BMI, vòng bụng, triglycerid, huyết áp tâm thu), khẳng định vai trò của tăng acid uric máu trong tiến trình bệnh lý hội chứng chuyển hoá.

Febuxostat là lựa chọn điều trị hiệu quả, an toàn và phù hợp cho bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá, đặc biệt tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh. Kết quả nghiên cứu góp phần bổ sung bằng chứng lâm sàng trong nước, hoàn thiện cơ sở lý luận cho việc cá thể hoá điều trị, và đề xuất mở rộng chỉ định, chi trả BHYT cho Febuxostat trong tương lai.

Đề án cũng chỉ ra một số tồn tại trong thực tế điều trị: thiếu quy trình chuẩn hoá, công tác tầm soát chưa đồng bộ và khả năng tiếp cận thuốc mới còn hạn chế. Việc áp dụng các khuyến nghị của nghiên cứu vào thực tiễn sẽ giúp nâng cao hiệu quả điều trị, giảm biến chứng và gánh nặng bệnh tật, phù hợp với định hướng phát triển bền vững của ngành Y tế Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT:

1. Bộ Y Tế (2017), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch, Nhà xuất bản Y học, tr. 228-241.
2. Bộ Y Tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2. Quyết định số 5481/QĐ-BYT, ngày 30/12/2020. Hà Nội: Bộ Y tế, tr. 1-8.
3. Đỗ Thị Ngọc Diệp, Phan Nguyễn Thanh Bình, Trần Quốc Cường (2012), "Dịch tễ học bệnh rối loạn chuyển hóa tại thành phố Hồ Chí Minh: xu thế gia tăng và trẻ hóa", Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, 8(3), tr. 1-5.
4. Hồ Thị Ngọc Dung (2009), "Nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân tăng huyết áp", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 1-7.
5. Hội Tim mạch học Việt Nam (2022), "Khuyến cáo và chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp", tr. 1-20.
6. Lê Na (2012), Nhận xét tình trạng thoái hóa khớp gối ở người có hội chứng chuyển hóa từ 40 đến 70 tuổi, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Hà Nội.
7. Lê Quang Tòa (2021), Nghiên cứu hội chứng chuyển hoá và các yếu tố liên quan ở người dân thành phố Quảng Ngãi, Luận án CKII, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. Lê Tự Phương Thúy (2020), "Mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát", Tạp chí Y học Cần Thơ, tr. 18–26.
9. Lê Văn Chi (2020), "Cập nhật cơ chế bệnh sinh của hội chứng chuyển hoá", Tạp chí Y học thực hành, 1115, tr. 134–146.
10. Nguyễn Đạt Anh (2021), Các xét nghiệm thường quy trong thực hành lâm sàng, NXB Y học, tr. 1–20.

11. Nguyễn Đăng Khoa (2024), “Mối liên quan giữa acid uric huyết thanh với tăng huyết áp, bệnh thận mạn và hội chứng chuyển hoá ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2” Tạp chí Y học Việt Nam, tr. 63-67.
12. Nguyễn Hải Thủy (2020), Hội chứng chuyển hoá – Sinh bệnh học và hướng điều trị hiện nay, Giáo trình sau đại học chuyên ngành Nội tiết – Chuyển hoá, Trường Đại học Y Dược Huế.
13. Nguyễn Thị Thúy Hằng (2020), “Nồng độ acid uric huyết thanh và mối liên quan với các yếu tố chuyển hoá ở bệnh nhân tăng huyết áp”, Y học Việt Nam, 512(3), tr. 22–28.
14. Phạm Thị Ngọc Thúy (2021), “Các yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh ở người tăng huyết áp nguyên phát”, Tạp chí Y học Dự phòng, 31(4), tr. 45–53.
15. Trần Kim Sơn (2014), Điện tâm đồ ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr.2-15.
16. Trần Kim Sơn (2023), Kết quả kiểm soát nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát bằng febuxostat”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 339-343.
17. Trần Quang Bình, Phạm Trần Phương (2021), “Tỷ lệ hội chứng chuyển hoá ở người có BMI bình thường tại Hà Nam”, Tạp chí Y học Dự phòng, 31(1), tr. 47–52.
18. Vương Anh Tuấn, Hoàng Văn Sỹ (2018), "Tăng triglycerid máu", Phác đồ điều trị 2018 phần Nội khoa, tập 1, tr. 329 - 324.

TIẾNG ANH:

19. A. Becker Michael (2005), "Febuxostat compared with Allopurinol in Patients with Hyperuricemia and Gout", *The New England Journal of Medicine*, 353, pp. 2450-2461.

20. A. Mazzone (2001), "Cigarette smoking and hypertension influence nitric oxide release and plasma levels of adhesion molecules", *Clin Chem Lab Med* (39 (9)), pp. 822-826.
21. Akimoto T. et al. (2021), "Febuxostat for Hyperuricemia in Advanced CKD", *Drug Target Insights*, 15, pp. 39–46.
22. Alberti K. G., Zimmet P. Z. (1998), "Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation", *Diabet Med*, 15(7), pp. 539-553.
23. Alberti K. G., Zimmet P., Shaw J., et al (2006), "Metabolic syndrome -a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation", *Diabet Med*, 23(5), pp. 469-480.
24. Alberti K. G., Eckel R. H., Grundy S., et al M. (2009), "Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity", *Circulation*, 120(16), pp. 1640-1645.
25. Aryal N., Wasti S. (2015), "The prevalence of metabolic syndrome in South Asia: A systematic review", *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 36(3), pp. 2-8.
26. Association American Diabetes (2020), "Standards of Medical Care in Diabetes-2020: Summary of Revisions", *Diabetes Care*, 43 (Suppl 1), pp. S4-S5.
27. B. White William (2018), "Cardiovascular Safety of Febuxostat or Allopurinol in Patients with Gout", *The New England Journal of Medicine*, 378, pp. 1200-1210.

28. Belo J.N, Berger M.Y, Koes B.W, et al (2009), "The prognostic value of the clinical ACR classification criteria of knee osteoarthritis for persisting knee complaints and increase of disability in general practise" *Osteoarthritis and Cartilage*, pp. 1288-1292.
29. Benchao Li, Liangkai Chen, Xueting Hu, et al (2023) "Association of serum uric acid with all-cause and cardiovascular mortality in diabetes. *Diabetes Care*"; 46 (2): pp. 425–433.
30. Benn Caroline L. (2022), "Physiology of Hyperuricemia and Urate-Lowering Treatments", *Frontiers in Medicine* 9:865-878.
31. Dalbeth N., Merriman T.R. (2021), "New Developments in the Pathophysiology of Gout", *Lancet*, 397(10284), pp. 165–177.
32. Douglas J Stewart, Valerie Langlois (2023), "Hyperuricemia and Hypertension: New Insights in 2023", *Curr Hypertens Rep*, 25(4), pp. 230–242.
33. Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (2001), "Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)", *JAMA*, 285(19), pp. 2486-2497.
34. Fahed G., Aoun L., Bou Zerdan M. (2022), "Metabolic Syndrome: Updates on Pathophysiology and Management in 2021", *Int J Mol Sci*, 23(2), p. 786.
35. FitzGerald JD, et al. 2020. 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of gout. *Arthritis Care Res*.
36. Grundy S.M. et al. (2020), "Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome", *Circulation*, 141(7), pp. e300–e314.
37. Gunawardhana Lhanoo (2021), "Effect of Febuxostat on Ambulatory Blood Pressure in Subjects With Hyperuricemia and Hypertension: A Phase 2 Randomized

- Placebo-Controlled Study", *Journal of the American Heart Association*, 6 (e006683).
38. J.C. Wells, M. S. Fewtrell (2006), "Measuring body composition", *Arch Dis Child*, 91(7), pp. 612-617.
 39. Japan Society of Gout and Nucleic Acid Metabolism. 2022. Guidelines for Management of Hyperuricemia and Gout (3rd edition).
 40. Kahn R., Buse J., Ferrannini E. (2005), "The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes", *Diabetes Care*, 28(9), pp. 2289-2304.
 41. Kasper D, Longo D (2015), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, McGraw-Hill Education, pp. 110-150.
 42. Kojima Sunao (2020), "Febuxostat for Cerebral and Cardiorenovascular Events Prevention Study", *European Heart Journal*, 40, pp. 1778-1786.
 43. LJackson Robert (2012), "The efficacy and safety of febuxostat for urate lowering in gout patients over 65 year of age", *BMC Geriatrics* 2012.
 44. Meigs J.B (2023), "The Metabolic Syndrome – Current Concepts", *UpToDate*.
 45. Millard P., Smallbone K., (2017), Metabolic regulation is sufficient for global and robust coordination of glucose uptake, catabolism, Energy production and growth in *Escherichia coli*, 13(2), pp. e1005396.
 46. Mohd Noor Azreey Mukri và cộng sự (2018), "Role of febuxostat in retarding progression of diabetic kidney disease with asymptomatic hyperuricemia".
 47. Organization World Health (1999), "World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee", *J Hypertens*, 17(2), pp. 151-183.

48. Quianrui Li, Xiaodan Li et al. (2019), "Diagnosis and treatment for hyperuricemia and gout: a systematic review of clinical practice guidelines and consensus statements", *BMJ Open*, 9 (e026677).
49. Rezende MU, Hernandez AJ, Oliveira CR, et al (2015), Experimental osteoarthritis model by means of medial meniscectomy in rats and effects of diacerein administration and hyaluronic acid injection, *Sao Paulo Med J*, 133(1), pp. 4-12.
50. Richette P, Doherty M, (2020), "EULAR Evidence-Based Recommendations for Gout Management – Update 2020", *Ann Rheum Dis*, 79(6), pp. 713–724.
51. Rochlani Y., Pothineni N. V., Kovelamudi S., et al (2017), "Metabolic syndrome: pathophysiology, management, and modulation by natural compounds", *Ther Adv Cardiovasc Dis*, 11(8), pp. 215-225.
52. Saito Y, Tanaka A, Node K, Kobayashi Y (2021)" Uric acid and cardiovascular disease: a clinical review. *J Cardiol*", 78:51–7.
53. Saklayen M. G. (2020), "The Global Epidemic of Metabolic Syndrome", *Curr Hypertens Rep*, 22(2), p. 12.
54. Sanchez-Lozada, Laura G. 2020), "Effects of Febuxostat on Metabolic and Renal Alterations", *Am J Physiol Renal Physiol*, 319(3), pp. F420–F430.
55. Schumacher H. Ralph (2008), "Effects of Febuxostat Versus Allopurinol and Placebo in Reducing Serum Urate in Subjects With Hyperuricemia and Gout: A28-Week, Phase III, Randomized, Double-Blind, Parallel-Group Trial", *American College of Rheumatology*, 59, pp. 1540-1548.
56. Shuang Liu và các cộng sự (2025), "Febuxostat Improves Postprandial Glucose Regulation and Insulin Sensitivity in Hyperuricemic Individuals with Prediabetes or Newly Diagnosed Type 2 Diabetes: A Prospective Cohort Study".

57. Sliem H. A., Ahmed S., Nemr N., et al (2012), "Metabolic syndrome in the Middle East", *Indian J Endocrinol Metab*, 16(1), pp. 67-71.
58. T. Stockwell, D. Beirness (2012), "Canada's low-risk drinking guidelines", *Cmaj*, 184(1), pp. 75.
59. Tani Shigemasa (2021), "Effect of Febuxostat on Cardiovascular Risk in Hypertensive Patients with Hyperuricemia", *Clin Drug Investig*, 41(9), pp. 823–831.
60. Tomlinson B. (2021), "Febuxostat in the Management of Hyperuricemia and Chronic Gout: Updated Review", *Ther Clin Risk Manag*, 17, pp. 1220–1231.
61. Valladares Garcia (2022), "Efficacy and Safety of Febuxostat in Patients with Gout", *Ther Adv Musculoskelet Dis*, 14(8), pp. 233–239.
62. Woods A. (2022), "Febuxostat: A New Option for Gout and Hyperuricemia", *Pharmacy and Therapeutics*, 47(6), pp. 82–90.
63. Zhang W, et al. 2020. Chinese Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Hyperuricemia and Gout.

PHỤ LỤC
PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

Đề tài nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng năm 2025.

Mã số phiếu:

Ngày thu thập số liệu:/...../202....

A. LẦN KHÁM ĐẦU TIÊN:

I. Hành chính:

- Họ và tên
- Tuổi: Giới: Nam Nữ
- Dân tộc: Nghề nghiệp:.....
- Địa chỉ:
- Số điện thoại:
- Lý do đi khám bệnh:
- Chẩn đoán:

II. Nội dung

1. Tiền sử

	Có	Không
Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rối loạn lipid máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béo phì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hút thuốc lá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uống rượu bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thói quen sử dụng thực phẩm giàu purin (Thịt
bò, thịt cừu, thịt heo, hải sản chứa nhiều nhân
purin: cá mòi, loài có vỏ,...)

2. Lâm sàng

- Chiều cao:..... (cm). Cân nặng:..... (kg).
- BMI: (kg/m²).
- Vòng bụng:..... (cm). Vòng hông:..... (cm).
- Vòng bụng/Vòng hông: (cm/cm).
- Huyết áp: (mmHg).

3. Cận lâm sàng

STT	Sinh hoá máu	Kết quả
1	Acid uric máu ($\mu\text{mol/l}$)	
2	Cholesterol TP (mmol/l)	
3	Triglycerid (mmol/l)	
4	HDL-C (mmol/l)	
5	LDL-C (mmol/l)	
6	AST (UI)	
7	ALT (UI)	
8	GGT (UI)	
9	Glucose (mmol/l)	
10	Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	
11	Ure (mmol/l)	
12	ECG	

4. Thuốc điều trị

Tên thuốc: Feburic 40mg

Liều điều trị: 40 mg/ngày

B. TÁI KHÁM SAU 4 TUẦN ĐIỀU TRỊ:

- Ngày tái khám:
- Lâm sàng
- Chiều cao:..... (cm). Cân nặng:..... (kg).
BMI:..... (kg/m²).
- Vòng bụng:..... (cm). Vòng hông:(cm).
- Vòng bụng/Vòng hông: (cm/cm).
- Huyết áp: (mmHg).

- Chế độ ăn tiết chế
- Tập thể dục
- Hút thuốc lá
- Uống rượu bia

- Xét nghiệm:

STT	Sinh hoá máu	Kết quả
1	Acid uric máu ($\mu\text{mol/l}$)	
2	AST (UI)	
3	ALT (UI)	
4	GGT (UI)	
5	ECG	

- Thuốc điều trị: Feburic 40mg
- Liều điều trị: 40 mg/ngày
- Tác dụng phụ của thuốc:

Theo dõi		01 tháng	
Liều Febuxostat (40 mg/ngày)		Có	Không
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tác dụng phụ	Buồn nôn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mẩn đỏ ngoài da kèm sốt nhẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tăng men gan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cơn kịch phát bệnh gout cấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nổi sần mụn nước	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.TÁI KHÁM SAU 12 TUẦN ĐIỀU TRỊ:

- Ngày tái khám:
- Lâm sàng
- Chiều cao:..... (cm). Cân nặng:..... (kg).
- BMI: (kg/m²).
- Vòng bụng:..... (cm). Vòng hông:..... (cm).
- Vòng bụng/Vòng hông: (cm/cm).
- Huyết áp: (mmHg).
 - Chế độ ăn tiết chế
 - Tập thể dục
 - Hút thuốc lá
 - Uống rượu bia

- Xét nghiệm:

STT	Sinh hoá máu	Kết quả
1	Acid uric máu ($\mu\text{mol/l}$)	
2	AST (UI)	
3	ALT (UI)	
4	GGT (UI)	
5	ECG	

- Thuốc điều trị: Feburic 40mg
- Liều điều trị: 40 mg/ngày
- Tác dụng phụ của thuốc:

Theo dõi		03 tháng	
Liều Febuxostat (40 mg/ngày)		Có	Không
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tác dụng phụ	Buồn nôn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mẩn đỏ ngoài da kèm sốt nhẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tăng men gan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cơn kịch phát bệnh gout cấp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nổi sần mụn nước	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Người thực hiện

Nguyễn Văn Quang Khải

**DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU
TẠI KHOA KHÁM BỆNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀNG TUẤN TỈNH SÓC TRĂNG**

- Tên đề tài: Đánh giá điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng năm 2025.
- Người thực hiện: Học viên Nguyễn Văn Quang Khải
- Người hướng dẫn:
 - + CBHD 1: TS.BS. Trương Quang Phô
 - + CBHD 2: PGS.TS.BS. Nguyễn Hồng Hà

STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI	SỐ HỒ SƠ	ĐỊA CHỈ
1	NGUYỄN BẠCH H.	1967	Nam	00143	Sóc Trăng
2	HÀ CHÍ D.	1959	Nam	00156	Sóc Trăng
3	THẠCH HOÀNG D.	1995	Nam	00278	Sóc Trăng
4	THẠCH THÁI T.	1986	Nam	00506	Sóc Trăng
5	HUỶNH THANH T.	1982	Nam	00509	Sóc Trăng
6	MÃ THỊ U.	1946	Nữ	00790	Sóc Trăng
7	TRẦN THÀNH D.	1970	Nam	00890	Sóc Trăng
8	NGUYỄN TRUNG K.	1996	Nam	00899	Sóc Trăng
9	BÙI THANH N.	1990	Nam	01023	Sóc Trăng
10	NGUYỄN VĂN G.	1991	Nam	01157	Sóc Trăng



11	LÊ VĂN M.	1981	Nam	01177	Sóc Trăng
12	THẠCH THÁI Q.	1992	Nam	01189	Sóc Trăng
13	NGUYỄN THANH T.	1995	Nam	01267	Sóc Trăng
14	NGUYỄN VĂN L.	1983	Nam	01277	Sóc Trăng
15	THẠCH THỊ M.	1951	Nữ	01287	Sóc Trăng
16	HÀ CHÍ D.	1959	Nam	01299	Sóc Trăng
17	NGUYỄN VĂN L.	1991	Nam	01357	Sóc Trăng
18	LÝ MINH CH.	1989	Nam	01368	Sóc Trăng
19	PHAN THANH T.	1987	Nam	01398	Sóc Trăng
20	TRẦN VĂN PH.	1970	Nam	01457	Sóc Trăng
21	TRẦN THÀNH D.	1970	Nam	01466	Sóc Trăng
22	LÝ C.	1979	Nam	01478	Sóc Trăng
23	HUỶNH HỮU N.	1995	Nam	01498	Sóc Trăng
24	LÝ PHƯƠNG TH.	1977	Nam	01501	Sóc Trăng
25	TRẦN T.	1952	Nam	01507	Sóc Trăng
26	NGUYỄN VĂN TH.	1972	Nam	01513	Sóc Trăng
27	TRẦN S.	1982	Nam	01518	Sóc Trăng
28	NGUYỄN TRỌNG NG.	1978	Nam	01523	Sóc Trăng
29	LÊ VĂN PH.	1992	Nam	01525	Sóc Trăng
30	DƯƠNG HOÀNG T.	1988	Nam	01534	Sóc Trăng

H BỆNH VIỆN
 VIỆN
 KHOA
 TUẦN
 1097 - C

31	HUỖNH THANH V.	1989	Nam	01589	Sóc Trăng
32	ĐẶNG C.	1960	Nam	01690	Sóc Trăng
33	TIỂU PH.	2005	Nam	01699	Sóc Trăng

Sóc Trăng, ngày 28 tháng 5 năm 2025

Trưởng Khoa Khám bệnh


BSKL. Đặng Vũ Trường

Người lập bảng


Nguyễn Văn Quang Khải

Xác nhận của Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn




BS.KL. Nguyễn Kỳ Đoàn Nghi



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ bảy mươi một

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 9 - SỐ 1
2025

TẬP 554

TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM
TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM

68A Bà Triệu - Phường Cửa Nam - TP. Hà Nội; Tel: 024-39431866
Email: tapchihocvietnam@gmail.com; Website: tapchihocvietnam.vn; vmj.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Nguyễn Văn Kính

Nguyễn Việt Nhung

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

Hoàng Bảo Châu (Chủ tịch Hội đồng)	
Trần Quán Anh	Đỗ Kim Sơn
Lê Đức Hình	Tôn Thị Kim Thanh
Nguyễn Văn Hiếu	Trần Hữu Thắng
Phạm Gia Khánh	Nguyễn Việt Tiến
Phạm Gia Khải	Nguyễn Khánh Trạch
Phan Thị Phi Phi	Lê Ngọc Trọng
Đặng Vạn Phước	Đỗ Đức Vân
Trần Quy	

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

Mai Hồng Bàng	Tống Thị Song Hương	Trương Hồng Sơn
Ngô Quý Châu	Nguyễn Gia Khánh	Đinh Ngọc Sỹ
Trần Văn Cường	Lương Ngọc Khuê	Công Quyết Thắng
Trần Hữu Dàng	Phạm Đức Mục	Nguyễn Văn Thường
Trần Bình Giang	Hoàng Thị Bích Ngọc	Trần Phan Chung Thủy
Trần Thị Nhị Hà	Bùi Đức Phú	Trần Văn Thuấn
Trịnh Đình Hải	Nguyễn Minh Phương	Nguyễn Quốc Trường
Lê Trung Hải	Nguyễn Huy Quang	Ong Thế Viên
Nguyễn Trần Hiền	Đỗ Quyết	Lê Gia Vinh
Lê Thị Hợp	Nguyễn Tiến Quyết	

BAN THƯ KÝ

Tạ Thị Kim Oanh (Trưởng ban)
Nguyễn Tiến Dũng
Đặng Thị Mỹ Hạnh

TÒA SOẠN QUẢN LÝ VÀ PHÁT HÀNH
TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM

68A Bà Triệu - Phường Cửa Nam - Hà Nội; Tel: 024.39431866 - 0915070336
Email: tapchihocvietnam@gmail.com; Website: tapchihocvietnam.vn – vmj.vn

GPXB: Số 291/GP-BTTTT, Ngày 03/6/2016 do Bộ Thông tin và Truyền thông cấp.
In tại Xí nghiệp in - Nhà máy Z176 Bộ Quốc Phòng

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 554 - THÁNG 9 - SỐ 1 - 2025

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - SEPTEMBER - 2025

- Kết quả nạo vét hạch trong phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 -2022** 1
Outcomes of lymph node dissection in curative surgery for colorectal adenocarcinoma at Viet Duc University Hospital (2015–2022)
Quách Văn Kiên, Đào Trường Minh, Nguyễn Thanh Thuý
- Phẫu thuật thay toàn bộ quai động mạch chủ bằng dụng cụ thoraflex trong điều trị lóc động mạch chủ** 5
Total aortic arch replacement using thoraflex devices in the treatment of aortic dissection
Nguyễn Thành Luân, Lê Tuấn Vũ, Trương Đình Đức Anh, Nguyễn Thị Thắm, Nguyễn Đoàn Ngọc Bách, Lê Tất Cường, Nguyễn Văn Bảo, Trịnh Trần Vỹ, Trương Hoài Bảo, Nguyễn Thái An
- Kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương** 10
Treatment outcomes of acute pancreatitis in children at Vietnam National Children’s Hospital
Nguyễn Thị Huệ, Nguyễn Thị Việt Hà
- Kết quả chu sinh của các trường hợp thai phụ có tăng khoảng sáng sau gáy** 15
Perinatal outcomes in pregnancies with increased nuchal translucency
Vũ Trọng Hùng, Nguyễn Minh Hoàng, Nguyễn Thị Bích Vân
- Kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá** 19
Outcomes of laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric adenocarcinoma at Thanh Hoa General Hospital
Lê Đức Thành, Lưu Ngọc Hùng, Đặng Quốc Ái
- Kết quả phẫu thuật cắt hoàn toàn tuyến giáp kết hợp I-131 điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại Viện Y học Phóng xạ và U Bướu Quân Đội** 22
Results of total thyroidectomy combined with I-131 therapy for papillary thyroid carcinoma at the Military Institute of Radiology and Oncology
Nguyễn Huy Tiến, Lê Việt Anh
- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm não nhật bản ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi TW** 25
Clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes of japanese encephalitis in children
Nguyễn Văn Lâm, Đỗ Thiện Hải
- Kết quả điều trị bước 1 Pembrolizumab ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có PD-L1 ≥1% tại Bệnh viện K** 30
Treatment results of first-line pembrolizumab for stage IV non-small cell lung cancer PD-L1 ≥1% in K Hospital
Nguyễn Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Thái Hòa, Nguyễn Thị Thu Hương
- Đặc điểm tăng huyết áp ở người bệnh có u thượng thận tại Bệnh viện Bạch Mai** 34
Characteristics of hypertension in patients with adrenal tumors at Bạch Mai Hospital
Đặng Thị Mai, Nguyễn Quang Bẩy, Ngô Đức Kỳ
- Đặc điểm kiểu hình và bất thường di truyền trên bệnh nhân loạn dưỡng cơ Duchenne** 38
Phenotypic characteristics and genetic abnormalities in Duchenne muscular dystrophy patients
Vũ Thị Thu Hà, Nguyễn Ngọc Khánh, Lương Thị Lan Anh, Nguyễn Thị Minh Ngọc, Đào Thị Trang, Đoàn Thị Kim Phượng, Hoàng Thị Ngọc Lan
- Giá trị chụp cắt lớp vi tính trong đánh giá xâm lấn tại chỗ của ung thư bàng quang** 43
The value of computed tomography in the in situ invasive assessment of bladder cancer
Phạm Phú Phát, Võ Thị Thúy Hằng, Lê Văn Phước, Huỳnh Thị Kim Yến, Lê Bảo Trân

12. **Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành dưới do tắc động mạch vành liên thất trước nhánh quanh mỏm** 47
Inferior ST-segment elevation myocardial infarction due to wrapped left anterior descending coronary artery occlusion
Đào Thị Thanh Bình, Nguyễn Đỗ Anh, Bùi Minh Hiếu
13. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ năm 2023-2025** 50
Study on clinical and paraclinical characteristics and results of treatment with dapagliflozin in patients with heart failure with preserved ejection fraction in Can Tho Cardiovascular Hospital in 2023 - 2025
Phan Minh Huy, Trần Kim Sơn
14. **Đánh giá kết quả phẫu thuật bắc cầu động mạch vành với vật liệu cầu nối toàn động mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy** 55
Evaluation of total arterial conduit strategy in coronary artery bypass surgery: Results from Cho Ray Hospital
Nguyễn Bảo Tịnh, Nguyễn Thái An, Trần Thanh Vỹ, Trần Quyết Tiến
15. **Kết quả của phẫu thuật nội soi đặt lưới trong phúc mạc (IPOM và IPOM PLUS) điều trị thoát vị thành bụng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ** 59
Outcomes of laparoscopic intraperitoneal onlay mesh (IPOM and IPOM PLUS) repair for ventral hernia at Can Tho General Hospital
Tống Hải Dương, La Văn Phú
16. **Các đặc điểm lâm sàng đặc trưng của người bệnh viêm mũi xoang do nấm xâm lấn cấp tính tại Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh** 63
Clinical characteristics in acute invasive fungal rhinosinusitis at University Medical Center Ho Chi Minh City
Lý Xuân Quang, Văn Thị Hải Hà
17. **Kết quả điều trị thuyên tắc phổi cấp bằng thuốc tiêu sợi huyết tại Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai** 67
Results of treatment of acute pulmonary embolism with fibrinolytic drugs at the cardiovascular institute, Bach Mai Hospital
Phạm Thị Ngát, Tạ Mỹ Linh, Tạ Mạnh Lân, Hoàng Công Minh
18. **Đánh giá đáp ứng sớm và các yếu tố tiên lượng đáp ứng khối u của phương pháp tắc mạch hóa chất siêu chọn lọc sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 điều trị ung thư biểu mô tế bào gan** 72
Evaluation of early response and prognostic factors for tumor response of superselective transarterial chemoembolization with DC Bead M1 in the treatment of hepatocellular carcinoma
Nguyễn Văn Mạnh, Nguyễn Tiến Thịnh, Trần Thị Ánh Tuyết, Đinh Trường Giang, Trần Tùng Lâm, Nguyễn Thị Huyền Trang, Phạm Văn Tuyền
19. **Khảo sát các đặc điểm lưỡi của người bệnh viêm teo dạ dày dựa trên hệ thống phân tích lưỡi tự động** 76
Survey on tongue characteristics in patients with atrophic gastritis using an automated tongue analysis system
Tăng Khánh Huy, Lê Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thị Hương Dương
20. **Nghiên cứu mối liên quan giữa sức căng và độ cứng nhĩ trái với chức năng tâm trương thất trái bằng siêu âm tim ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát** 81
Investigation of the relationship between left atrial strain and stiffness and left ventricular diastolic function assessed by echocardiography in patients with essential hypertension
Trần Công Cẩn, Trần Đức Hùng, Nguyễn Duy Toàn, Phạm Vũ Thu Hà

21. **Đặc điểm xét nghiệm huyết học và một số yếu tố liên quan ở người bệnh u buồng trứng lành tính trước phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương** 85
Characteristics of hematological tests and some related factors in patients with benign ovarian tumor before surgery at National Hospital of Obstetrics and Gynecology
Nguyễn Thị Phượng, Lương Thuý Hằng, Nguyễn Duy Đức, Đoàn Thị Thanh Xuân, Đặng Ngọc Thế, Nguyễn Quang Tùng
22. **Một số đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân động kinh sau đột quỵ** 89
Cognitive impairment characteristics in patients with post stroke epilepsy
Nguyễn Hồng Quân, Phạm Cẩm Diệu Linh, Nguyễn Văn Hương, Lê Đình Uy, Vũ Nguyên Bình, Trần Thị Hương, Nguyễn Thị Phương Nguyệt, Tống Huyền Trang, Dương Thị Huyền Trang
23. **Đặc điểm phả hệ các trường hợp mắc hội chứng Lynch** 96
Familial pedigree characteristics in cases of Lynch syndrome
Bùi Bích Mai, Phạm Cẩm Phương, Đoàn Thị Kim Phượng
24. **Kết quả cải thiện khả năng gắng sức của bài tập phục hồi chức năng tim mạch trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim trong giai đoạn hồi phục** 99
Results of improving exercise capacity through cardiac rehabilitation in myocardial infarction patients during recovery phase
Lê Trung Sơn, Bùi Thị Hoài Thu, Lê Thu Trà, Lục Văn Duy, Trần Việt Hà
25. **Đánh giá kết quả chương trình điều trị lao tiềm ẩn cho người bệnh HIV tại Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Bình Thuận năm 2024: Tỷ lệ phát hiện, tuân thủ và hoàn thành điều trị** 102
Assessment of the outcomes of the latent tuberculosis infection (LTBI) treatment program among people living with hiv at the Binh Thuan Provincial Center for disease control, 2024: Detection rate, treatment adherence, and completion
Lê Thị Trang, Trương Ngọc Phương Bình, Phạm Thanh Thành
26. **Amyloidosis tim thể al và thể ATTR ở người Việt Nam cao tuổi: Báo cáo hai trường hợp lâm sàng** 106
Cardiac amyloidosis of al and ATTR types in elderly Vietnamese patients: A report of two clinical cases
Nguyễn Thanh Huân¹, Nguyễn Ngô Gia Phúc, Dương Phi Sơn
27. **Giá trị tỉ lệ Lactat/Albumin và Lactat/Albumin X điểm tuổi trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng sau phẫu thuật** 111
Clinical value of the Lactate/Albumin ratio and Lactate/Albumin ratio X age score in predicting mortality in patients with post-surgical septic shock
Nguyễn Văn Hoan, Lưu Quang Thuý
28. **Mối liên quan giữa độ dày nội mạc tử cung trên 12mm với thất bại điều trị phác đồ Methotrexate đơn liều ở thai ống dẫn trứng tại Bệnh viện Hùng Vương** 115
The correlation between endometrial thickness and the failure of single-dose methotrexate treatment for tubal ectopic pregnancy at Hung Vuong Hospital
Lê Phạm Thảo Vy, Nguyễn Xuân Vũ
29. **Phân tích hình dạng khuôn mặt của sinh viên Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh theo ảnh chuẩn hóa** 121
Facial shape analysis of students of University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City on standardized images
Nguyễn Trường Kỳ, Phạm Việt Mỹ
30. **Đánh giá kết quả kiểm soát nồng độ acid uric máu trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá bằng febuxostat** 124
Evaluation of serum uric acid control in patients with metabolic syndrome treated with febuxostat
Nguyễn Văn Quang Khải, Trịnh Thị Hồng Cửa, Dương Văn Tế

31. **Phân tích khớp cắn trước và sau phục hình cố định đơn lẻ trên implant vùng răng sau bằng T-Scan** 127
Digital occlusal analysis of pre and post single posterior implant restoration delivery
Nguyễn Văn Vĩnh, Hoàng Kim Loan, Hoàng Việt Hải, Đàm Văn Việt, Nguyễn Văn Thanh Toàn, Cao Thị Phương Thảo, Vũ Xuân Huỳnh
32. **Kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có nhiễm trùng bàn chân tại khoa nội tiết - đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai** 130
Blood sugar control in type 2 diabetes patients with foot infections at the endocrinology – diabetes department, Bach Mai Hospital
Cam Thị Thuỳ Linh, Nguyễn Quang Bẩy
33. **Thực trạng khó thở của người bệnh phổi kẽ tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2024** 135
The current status of dyspnea in patients with interstitial lung disease in National Lung Hospital in 2024
Nguyễn Thị Bích Ngọc, Nguyễn Thị Trang Nguyễn Công Hoàng Anh, Võ Sơn Tùng, Trần Thị Kim Liên
34. **Tỷ lệ suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết** 138
Prevalence of malnutrition and its associated factors among elderly outpatients at a geriatrics clinic
Lương Thị Cẩm Nhung, Võ Lê Quỳnh Như, Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên, Thân Hà Ngọc Thế
35. **Vai trò của lactate máu và độ thanh thải lactate trong tiên lượng kết cục lâm sàng xấu sau phẫu thuật tim có tuần hoàn ngoài cơ thể ở trẻ em** 143
The role of blood lactate levels and lactate clearance in predicting poor clinical outcomes after cardiopulmonary bypass cardiac surgery in children
Hoàng Anh Khôi, Nguyễn Thị Ngọc
36. **Khảo sát chức năng thận của người bệnh có nguy cơ cao tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024** 147
Cross-sectional assessment of renal function in high-risk patients at Hanoi Medical University Hospital in 2024
Lê Thị Dung, Lê Ngọc Hà, Nguyễn Thị Hạnh, Lương Thị Thu Hoài, Hồ Thị Kim Thanh
37. **Tỷ lệ thiếu cơ theo bộ câu hỏi SARC-CaLF ở bệnh nhân cao tuổi có loãng xương điều trị ngoại trú** 151
Prevalence of sarcopenia according to the SARC-CaLF questionnaire in elderly outpatients with osteoporosis
Võ Hoàng Duy Kha, Trần Hồng Thuỳ, Phạm Ngọc Thuỳ Trang, Cao Thanh Ngọc
38. **Thực trạng phòng ngừa biến chứng của người bệnh sau phẫu thuật nhổ răng hàm lớn thứ ba tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ** 155
Self-care knowledge and practices of oral hygiene among patients after third molar extraction at Phu Tho Provincial General Hospital and associated factors
Phạm Hồng Vân, Trần Thị Hoa Mai, Nguyễn Xuân Thực, Dương Thị Hòa
39. **Mối liên quan giữa chỉ số FIBROSIS-4 và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện** 162
Association between the FIBROSIS-4 index and selected clinical and paraclinical features in patients admitted with acute heart failure
Bùi Thế Dũng, Trần Kim Trang, Phạm Thị Diễm Kiều, Huỳnh Anh Kiệt, Lê Thị Hồng Thơ
40. **Polyp đại tràng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2** 166
Colorectal polyps in children at Children's Hospital 2
Hà Văn Thiệu, Nguyễn Thị Thu Thủy, Ngô Văn Bách, Võ Hoàng Khoa, Phan Diễm Sương An, Hà Huy Khôi

41. **Sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Hà Nội** 170
Dementia and some related factors in the elderly in Hanoi
**Phạm Thị Ngọc Bích, Cao Mạnh Long,
Hồ Thị Kim Thanh, Nguyễn Bá Minh, Trần Khánh Toàn**
42. **Giá trị của hình ảnh “hồ máu cổ tử cung” trên siêu âm đầu dò âm đạo ở những bệnh nhân rau tiền đạo trung tâm – rau cài răng lược** 174
The value of the “intracervical lakes” signs on transvaginal ultrasound in patients with placenta accreta spectrum
**Hoàng Đình Thiệp, Trần Danh Cường,
Đặng Quang Hùng, Trần Việt Hòa, Nguyễn Văn Phú**
43. **Tỉ lệ nhiễm liên cầu tan huyết nhóm B và kết cục thai kì ở các thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng 6 tháng đầu năm 2025** 178
Group B streptococcus colonization rate and pregnancy outcomes among pregnant women delivering at Hai Phong Obstetric Hospital in the first half of 2025
Lê Anh Nam, Trần Thị Thanh Huyền
44. **Nghiên cứu tỷ số bạch cầu Neutrophil/Lympho máu ngoại vi (NLR) và mối liên quan với một số yếu tố ở người bệnh sau ghép thận** 182
Study on peripheral blood Neutrophil/Lymphocyte ratio (NLR) and its relationship with some factors in patients after kidney transplantation
Đỗ Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thị Thu Hà
45. **Kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn 3** 186
Glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus and stage 3 chronic kidney disease
Phan Thị Quỳnh Anh, Nguyễn Quang Bảy
46. **Khảo sát tỷ lệ nhiễm và sự đề kháng kháng sinh của Acinetobacter baumannii phân lập trên bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2024-2025** 191
Survey of infection rate and antibiotic resistance of Acinetobacter baumannii islamic from pneumonia patients at Can Tho General Hospital in 2024-2025
**Trần Linh Sơn, Sơn Thị Tiên, Nguyễn Thị Thảo Sương,
Huỳnh Quang Minh, Lê Thị Bé Ngoan, Ong Văn Phát**
47. **Khảo sát nồng độ TSH, FT3, FT4 ở người có nhân giáp theo phân loại tirads (thyroid imaging reporting and data systems) và hệ thống Bethesda** 195
Survey of TSH, FT3, FT4 concentrations and clinical factors in people with thyroid nodules according to tirads classification
**Lê Thị Xuân Thảo, Nguyễn Thanh Trâm, Lưu Thị Thu Thảo,
Nguyễn Kim Hải, Đinh Thị Huyền, Bùi Thị Hồng Châu**
48. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính an toàn của phương pháp tắc mạch hóa chất siêu chọn lọc sử dụng hạt vi cầu DC Bead M1 trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108** 199
Clinical, subclinical characteristics, and safety of superselective transarterial chemoembolization using DC Bead M1 microspheres in the treatment of hepatocellular carcinoma at 108 Military Central Hospital
**Nguyễn Văn Mạnh, Nguyễn Tiến Thịnh, Mai Thanh Bình,
Hà Nghĩa Quốc, Nguyễn Thị Huế, Nguyễn Hải Hà,
Nguyễn Thị Mai, Phạm Văn Tuyền**
49. **Phân tích tỉ lệ sống sót và các yếu tố ảnh hưởng tới tiên lượng sống sót của viêm mũi xoang do nấm xâm lấn cấp tính tại Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh** 204
Assessment of survival outcomes and predictive factors affecting prognosis in acute invasive fungal rhinosinusitis at University Medical Center Ho Chi Minh City
Lý Xuân Quang, Văn Thị Hải Hà
50. **Khảo sát các đặc điểm lâm sàng của tứ đại mạch (Phù, Trầm, Trì, Sác) tại Bệnh viện Y học Cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh** 208
Investigation of the clinical characteristics of the four major pulse types (Floating, Deep, Slow, Rapid) at Ho Chi Minh City Traditional Medicine Hospital
**Nguyễn Thị Hương Dương, Đoàn Thị Kim Yến,
Võ Thanh Phong, Tăng Khánh Huy**

51. **Khảo sát sức căng và độ cứng nhĩ trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát** 212
Assessment of left atrial strain and stiffness by speckle-tracking echocardiography in patients with primary hypertension
Phạm Vũ Thu Hà, Trần Công Cảnh, Trần Đức Hùng
52. **Hiệu quả điều trị phục hồi chức năng trên người bệnh viêm quanh khớp vai thể đơn thuần** 216
Effectiveness of functional rehabilitation in patients with shoulder periarthritis humeroscapularis
Nguyễn Thị Thu Trang, Phạm Thị Cẩm Hưng, Lê Thị Kim Phượng, Nguyễn Văn Báo
53. **Giá trị của siêu âm Doppler đánh giá động mạch vú trong trước phẫu thuật bắc cầu động mạch vành** 220
The value of Doppler ultrasound in preoperative assessment of internal mammary arteries for coronary artery bypass surgery
Nguyễn Bảo Tịnh, Nguyễn Thái An, Trần Thanh Vỹ, Trần Quyết Tiến
54. **Đánh giá hiệu quả dự phòng run của nefopam sau gây mê phẫu thuật nội soi ổ bụng** 225
Effectiveness of nefopam in preventing postanesthetic shivering after laparoscopic abdominal surgery
Nguyễn Đăng Thứ, Trần Đắc Tiệp, Nguyễn Ngọc Thạch, Trần Hoài Nam, Võ Văn Hiến, Nguyễn Công Hùng, Đỗ Văn Lợi
55. **Nghiên cứu giá trị tiên lượng điều trị của chỉ số NLR, PLR trong ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Quân Y 103** 229
The treatment prognosis of NLR and PLR indexes in hepatocellular carcinoma at 103 Military Hospital
Hồ Thị Thanh Dung, Phạm Khánh Hưng, Hà Văn Trí
56. **Đặc điểm của rối loạn điện giải trên người bệnh suy thượng thận do dùng glucocorticoid** 233
Characteristics of electrolyte disorders in patients with adrenaline failure caused by use of glucocorticoids
Hoàng Thị Nhật, Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Quang Bảy
57. **Đánh giá chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng bằng phương pháp Kangaroo ngoại trú tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau năm 2024** 238
Evaluation of outpatient Kangaroo mother care for preterm infants at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2024
Huỳnh Ngọc Linh, Lê Kiều Nhi
58. **Mối liên quan giữa hội chứng chuyển hoá và mức độ nặng thoái hoá khớp gối trên bệnh nhân nữ cao tuổi** 243
The association between metabolic syndrome and the severity of knee osteoarthritis in elderly female patients
Vũ Thị Khánh Linh, Cao Thanh Ngọc, Huỳnh Khôi Nguyên, Nguyễn Đức Công
59. **Chăm sóc người bệnh phẫu thuật glôcôm và một số yếu tố liên quan tại khoa Chấn thương – Glôcôm Bệnh viện Mắt Hà Nội năm 2025** 247
Nursing care for patients after glaucoma surgery and associated factors at the trauma – Glaucoma department, Hanoi Eye Hospital, 2025
Lê Thị Thư, Hoàng Trần Thanh, Nguyễn Tuấn Khanh, Phạm Duy Tường
60. **Thiếu máu vi mạch đại tràng: Các yếu tố nguy cơ, thay đổi giải phẫu mạch máu đại tràng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm đại tràng thiếu máu. ca lâm sàng và điểm lại y văn** 252
Ischemic colitis: Risk factors, colonic vascular malformation, clinical, paraclinical features and surgical management of ischemic colitis. case report and literature review
Thái Nguyên Hưng, Nguyễn Văn Huy

61. So sánh LLN và tỷ số cố định FEV₁/FVC trong chẩn đoán rối loạn thông khí tắc nghẽn tại đơn vị thăm dò chức năng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội 257
Comparison of LLN and fixed ratio FEV₁/FVC in the diagnosis of obstructive ventilatory disorders at the pulmonary function unit, Hanoi Medical University Hospital
Đỗ Thị Huệ, Ngô Hà Trang, Đàm Thị Minh Trang, Hoàng Thái Dương, Lê Đình Tùng, Nguyễn Trung Sơn
62. Đặc điểm đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan của sản phụ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội 262
Characteristics of gestational diabetes mellitus and some related factors of pregnant women at Hanoi Medical University Hospital
Nguyễn Linh Chi, Đặng Ngọc Thế, Nguyễn Thị Bích Vân
63. Hiệu quả diệt trừ Helicobacter pylori lần hai của phác đồ bốn thuốc có levofloxacin sau thất bại với phác đồ bốn thuốc có bismuth 266
Efficacy of second-line Helicobacter pylori treatment by levofloxacin-based quadruple therapy after bismuth-based quadruple therapy failure
Ngân Thu Thảo, Trịnh Thị Thanh Thúy, Võ Duy Thông
64. Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp áp thuốc tại huyệt vị 270
Evaluation of the results of supporting the treatment of lumbar pain due to spinal degeneration by acupoint herbal patching
Nguyễn Vinh Quốc, Lê Anh Dũng
65. Khảo sát tính tuân thủ quy trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) trên bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định 274
Survey on compliance with the enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in patients undergoing laparoscopic hysterectomy at Nhan Dan Gia Dinh Hospital
Nguyễn Huỳnh Trúc Mỹ, Bùi Chí Thương Nguyễn Phạm Huy Hùng, Trịnh Trần Xuân Vinh
66. Đặc điểm hội chứng ruột ngắn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 278
Characteristics of short bowel syndrome in children at Children's Hospital 2
Hà Văn Thiệu, Hà Huy Khôi, Nguyễn Thị Thu Thủy Ngô Văn Bách, Nguyễn Tuấn Khiêm, Nguyễn Thị Thúy
67. Khảo sát thực trạng thiếu máu của sản phụ trước mổ lấy thai 282
Survey on the status of anemia in pregnant women before caesar surgery
Đặng Minh Đắc, Hoàng Quốc Thắng, Nguyễn Thị Phương Dung, Trương Thị Thùy Trang, Đỗ Xuân Thước, Đặng Đình Khoa Huân, Phan Vương Thảo My, Đoàn Minh Bền, Trần Văn Đủ
68. Tỷ lệ biến thể đa hình đơn nucleotide rs1800629 trên vùng khởi động gen TNF- α trong các phân nhóm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo chỉ số NLR tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương 286
Frequency of the rs1800629 single nucleotide polymorphism in the TNF- α gene promoter region in subgroups of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease based on the neutrophil-to-lymphocyte ratio at Nguyen Tri Phuong Hospital
Hồ Thị Hồng Thắm, Trần Trường Giang, Phan Nguyễn Thanh Vân, Nguyễn Minh Hà
69. Thực trạng cấp cứu trước viện trên bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Việt Nam: Khoảng cách với tiêu chuẩn quốc tế và hướng cải thiện 290
Out-of-hospital cardiac arrest in Vietnam: Pre-hospital gaps versus international standards and paths to improvement
Trương Phi Hùng, Đặng Tường Vi, Nguyễn Nhật Tài, Nguyễn Minh Kha, Nguyễn Hoàng Tuấn, Trần Nguyễn Phương Hải
70. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ em nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch 295
Clinical and paraclinical characteristics in children with severe and critical Adenovirus infection
Nguyễn Văn Lâm, Đào Hữu Nam, Đặng Phương Thúy, Vũ Văn An, Đỗ Thị Đài Trang

71. **K**ết quả chuyển phôi trữ trên nhóm bệnh nhân có tình trạng niêm mạc tử cung mỏng được bơm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
The use of autologous platelet-rich plasma in women undergoing in vitro fertilization with a thin endometrium 299
Trần Phương Anh, Nguyễn Phúc Hoàn, Trịnh Thị Ngọc Yến, Đỗ Thùy Hương, Nguyễn Thị Minh Khai, Lê Ngọc Dung, Nguyễn Thị Hạnh, Nguyễn Khang Sơn
72. **T**ỉ lệ các đột biến ở gen COL1A1/COL1A2 trong bệnh tạo xương bất toàn 303
Prevalence of mutations in the COL1A1/COL1A2 genes in osteogenesis imperfecta
Bùi Thị Hồng Châu, Trần Văn Khánh, Lê Thị Xuân Thảo, Nguyễn Thị Băng Sương
73. **N**ghiên cứu thời gian kích hoạt nhĩ trái toàn bộ ở người bình thường bằng siêu âm Doppler mô cơ tim 307
Study of total left atrial activation time in normal subjects by myocardial tissue Doppler echocardiography
Trương Thị Minh, Đỗ Thúy Cẩn, Nguyễn Thị Thúy Hoa, Tạ Mạnh Lân, Phan Đình Phong, Tạ Mạnh Cường
74. **Đ**a hình đơn nucleotide gen STAT4 ở bệnh nhân viêm thận lupus 311
Single nucleotide polymorphism of STAT4 gene in patients lupus nephritis
Nghiêm Trung Dũng, Cao Thị Như
75. **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng các trường hợp tổn thương vú không sờ thấy trên lâm sàng được sinh thiết trọn tại Bệnh viện Từ Dũ 316
Study on the clinical characteristics of non-palpable breast lesions undergoing excisional biopsy at Tu Du Hospital
Nguyễn Hữu Trung, Nguyễn Gia Duy
76. **Hi**ệu quả can thiệp dinh dưỡng bằng phương pháp bổ sung dinh dưỡng đường uống trước và sau phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng và dạ dày tại khoa ngoại tiêu hóa Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh 320
Efficacy of oral nutritional supplementation before and after surgery in patients with colorectal and gastric cancer at the department of gastrointestinal surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City
Nguyễn Thị Thanh Nhân, Nguyễn Thị Ngọc Yến, Lai Nam Tài, Võ Duy Long, Lâm Vĩnh Niên
77. **K**ết quả điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm tại Bệnh viện E giai đoạn 2022-2024 325
Treatment results and related factors of patients with Gram-negative bacteria sepsis at E Hospital period 2022-2024
Nguyễn Văn Dũng, Trần Văn Giang, Phạm Thị Vân
78. **M**ối liên quan giữa nồng độ Osteoprotegerin với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp 328
The relationship between serum Osteoprotegerin levels and clinical, paraclinical characteristics in patients with acute myocardial infarction
Nguyễn Văn Tuấn, Trần Đức Hùng, Lương Công Thức
79. **Đ**ặc điểm hạ đường huyết và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cái Nước năm 2024 332
Characteristics of hypoglycemia and associated factors in patients with type 2 diabetes mellitus at Cai Nuoc General Hospital in 2024
Huỳnh Ngọc Linh, Nguyễn Thế Tàn, Trần Văn Nhật
80. **Kh**ảo sát tình hình bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan trên người bệnh cao tuổi đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2025 336
Oral health status and related factors among elderly outpatients at University Medical Center Ho Chi Minh City in 2025
Lương Thị Thu Hạnh, Nguyễn Hoàng Định, Vương Ánh Dương

81. **Đánh giá hiệu quả lành thương của laser diode trong phẫu thuật tạo hình thẳng lưỡi** 341
Evaluation of wound healing effectiveness of diode laser in lingual frenuloplasty
Hồ Văn Phụng, Lâm Đại Phong
82. **Thực trạng quản lý chất thải rắn lây nhiễm tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh** 345
The current status of infectious medical waste management at Tra Vinh General Hospital
Tăng Long Định, Đỗ Thị Việt Hương, Trần Anh Tuấn,
Trần Thanh Sang, Huỳnh Hữu Nhân, Trần Kiến Vũ
83. **Hiệu quả của phương pháp cấy chỉ catgut trong phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não** 350
Efficacy of catgut embedding therapy for motor function recovery in hemiplegic patients after cerebrovascular accident
Phạm Phú Vinh, Nguyễn Thị Tuyết Nga
84. **Tác nhân vi sinh gây viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn nhập viện có hay không có đái tháo đường** 353
Microbial pathogens causing community-acquired pneumonia in hospitalized adult patients with diabetes and nondiabetes
Lý Khánh Vân, Lý Văn Xuân, Phạm Hùng Vân
85. **Kết quả phẫu thuật nội soi cắt thực quản điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Chợ Rẫy** 357
The results of laparoscopic esophagectomy in the treatment of esophageal cancer – experience of a surgeon
Trần Phùng Dũng Tiến, Nguyễn Võ Vĩnh Lộc
86. **Tỷ lệ và các yếu tố dự đoán không đạt mục tiêu LDL-C và hs-CRP ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Tim Tâm Đức** 360
Prevalence and predictors of failure to achieve LDL-C and hs-CRP targets in post-acute myocardial infarction patients at Tam Duc Heart Hospital
Phan Thái Hảo, Phan Minh Quang
87. **Giá trị thang điểm HEART trong dự đoán biến cố tim mạch chính nội viện ở bệnh nhân hội chứng vành cấp không ST chênh lên** 366
Prognostic value of the HEART score for in-hospital major adverse cardiovascular events in non-ST elevation acute coronary syndrome
Nguyễn Tuấn Vũ, Nguyễn Đỗ Anh, Nguyễn Thị Thúy Duy
88. **Tình trạng sâu răng sữa chưa được điều trị dựa trên tổn thương có lỗ và chưa có lỗ theo icdas ở trẻ 3 tuổi tại tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu: Nghiên cứu cắt ngang** 371
Untreated primary dental caries based on cavitated and non-cavitated lesions using icdas in 3-year-old children in Ba Ria–Vung Tau Province: A cross-sectional study
Tôn Thất Đàm Triều, Hoàng Trọng Hùng, Nguyễn Thị Nguyễn Hương,
Lê Trung Chánh, Nguyễn Minh Khánh, Hồ Hữu Tiên
89. **Nghiên cứu quy trình đồng nuôi cấy tế bào CAR-T và AAPC tối ưu hóa chất lượng tế bào CAR-T điều trị bệnh bạch cầu cấp dòng lympho** 375
Study on the process of CAR-T with AAPC cell co-culture to optimize quality of CAR-T cells for the treatment of acute lymphoblastic leukemia
Cần Văn Mão, Nguyễn Cẩm Thạch, Lê Duy Cương
90. **Phân tích so sánh sâu răng sớm (ECC) và sâu răng sớm trầm trọng (S-ECC) ở trẻ 4–5 tuổi: Đánh giá tổn thương có lỗ sâu và không có lỗ sâu theo ICDAS** 379
Comparative analysis of ECC and S-ECC among 4–5-year-old children: Assessing cavitated and non-cavitated lesions using the ICDAS
Nguyễn Minh Khánh, Hoàng Trọng Hùng, Ngô Uyên Châu,
Đào Quang Khải, Lê Trung Chánh
- Hút thuốc lá và nguy cơ ung thư biểu mô tế bào gan** 383
Nguyễn Văn Kính

tiếp theo là khuôn mặt vuông (32,5%) và khuôn mặt tam giác (17,5%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam, góp phần củng cố xu hướng hình thái học khuôn mặt trong độ tuổi trưởng thành. Phân tích các chỉ số nhân trắc cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm khuôn mặt về chiều rộng thái dương, chiều rộng mặt và chiều rộng hàm dưới, trong khi các kích thước ngang khác không có sự khác biệt đáng kể. Những phát hiện này có giá trị ứng dụng trong lĩnh vực thẩm mỹ, y học và nghiên cứu nhân trắc học, đồng thời cung cấp dữ liệu tham khảo quan trọng cho các nghiên cứu tiếp theo về đặc điểm hình thái khuôn mặt trong dân số Việt Nam

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Tuấn Anh (2017). Nghiên cứu một số đặc

điểm hình thái, chỉ số đầu mặt ở một nhóm người Việt độ tuổi từ 18 - 25 có khớp cắn bình thường và khuôn mặt hài hòa. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Võ Trương Như Ngọc (2021). Phân tích kích thước khuôn mặt theo hình dạng khuôn mặt người Việt từ 18 đến 25 tuổi tại Bình Dương. Tạp chí Y học Việt Nam tập 502, số 1, 141-144.
3. Đinh Sỹ Mạnh (2017). Nghiên cứu một số kích thước chỉ số nhân trắc vùng đầu mặt và hình thái thấp mũi sinh viên Y tuổi từ 18-25 trên ảnh kỹ thuật số. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Celebi, M. E., & Smalley, K. (2012). Facial shape analysis and classification in dermatology and aesthetic medicine. *Journal of Aesthetic Medicine*, 4(2), 85-102.
5. Jerolimov, V. (2004). Craniofacial morphology and facial aesthetics: Anthropometric and cephalometric analysis. *Croatian Dental Journal*, 35(3), 189-200.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU TRÊN BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ BẰNG FEBUXOSTAT

Nguyễn Văn Quang Khải¹, Trịnh Thị Hồng Cửa², Dương Văn Tế¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát nồng độ acid uric máu bằng febuxostat trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 33 bệnh nhân ≥ 18 tuổi có tăng acid uric máu và hội chứng chuyển hoá được điều trị bằng febuxostat trong 12 tuần tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, tỉnh Sóc Trăng năm 2025. **Kết quả:** Sau 12 tuần điều trị bằng febuxostat, nồng độ acid uric máu trung bình giảm đáng kể từ $653,0 \pm 70,3 \mu\text{mol/L}$ trước điều trị xuống $337,9 \pm 49,2 \mu\text{mol/L}$ ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị tăng từ 54,5% (tuần thứ 4) lên 97% (tuần thứ 12) ($p < 0,001$). **Kết luận:** febuxostat giúp kiểm soát tốt nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá. **Từ khóa:** hội chứng chuyển hoá, febuxostat, acid uric máu.

SUMMARY

EVALUATION OF SERUM URIC ACID CONTROL IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME TREATED WITH FEBUXOSTAT

Objective: To evaluate the effectiveness of febuxostat in controlling serum uric acid levels in patients with metabolic syndrome. **Subjects and**

methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 33 patients aged ≥ 18 years diagnosed with hyperuricemia and metabolic syndrome. All patients were treated with febuxostat for 12 weeks at Hoang Tuan General Hospital, Soc Trang Province, in 2025. **Results:** After 12 weeks of treatment with febuxostat, the mean serum uric acid level significantly decreased from $653.0 \pm 70.3 \mu\text{mol/L}$ at baseline to $337.9 \pm 49.2 \mu\text{mol/L}$ ($p < 0.001$). The proportion of patients achieving the target uric acid level increased from 54.5% at week 4 to 97% at week 12 ($p < 0.001$). **Conclusion:** Febuxostat is effective in controlling serum uric acid levels in patients with metabolic syndrome. **Keywords:** metabolic syndrome, febuxostat, serum uric acid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa purin tại gan. Tăng nồng độ acid uric trong máu có thể do rối loạn chuyển hóa, gia tăng sản xuất hoặc giảm thải acid uric qua thận, hoặc sự kết hợp của cả hai yếu tố này. Nồng độ acid uric huyết thanh tăng cao có thể gây ra rối loạn chức năng nội mô, làm gia tăng quá trình oxy hóa LDL, kích thích tình trạng viêm, từ đó góp phần vào sự phát triển của xơ vữa động mạch và huyết khối [3], [9]. Tăng acid uric máu không chỉ là yếu tố nguy cơ gây bệnh gút và sỏi thận mà còn được chứng minh là có thể dự đoán sự phát triển của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), ảnh hưởng đến nhiều biến chứng mạn tính của bệnh ĐTĐ, bao gồm cả rối loạn

¹Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, tỉnh Sóc Trăng

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính:

Email: tthcua@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

chức năng mạch máu lớn (tăng huyết áp và nhồi máu não), rối loạn chức năng mạch máu nhỏ (bệnh thận mạn tính và bệnh động mạch ngoại biên), rối loạn lipid máu và hội chứng chuyển hóa [3], [9]. Febuxostat là một thuốc ức chế xanthine oxidase chọn lọc, không purin. Quá trình ức chế xanthine oxidase góp phần làm giảm các phản ứng oxy hóa, từ đó tác động vào quá trình chuyển hoá làm giảm tăng huyết áp, giúp cải thiện chức năng nội mô ở bệnh nhân đái tháo đường, hội chứng chuyển hoá, người có nguy cơ tim mạch do xơ vữa cao có tăng acid uric máu [1], [4], [9]. Trên thế giới đã có những công trình nghiên cứu về hiệu quả của một số thuốc điều trị tăng acid uric máu trên bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường, hội chứng chuyển hoá, trong đó có thuốc febuxostat [2], [8], [6]. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả kiểm soát nồng độ acid uric máu bằng Febuxostat trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, tỉnh Sóc Trăng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi có tăng acid uric máu và hội chứng chuyển hoá đến khám và điều trị tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn, tỉnh Sóc Trăng từ tháng 01/2025 đến 06/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán tăng acid uric máu ($\geq 420\mu\text{mol/L}$ nam, $\geq 360\mu\text{mol/L}$ nữ) theo ACR (2020) [7] và hội chứng chuyển hoá theo NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III) [5]. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân tăng acid uric máu thứ phát. Bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính. Bệnh nhân đang dùng thuốc ảnh hưởng đến sự sản xuất và bài xuất acid uric. Bệnh nhân không dung nạp febuxostat.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** 33 mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung (nhóm tuổi, giới tính); Kết quả kiểm soát nồng độ acid uric máu bằng febuxostat trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá sau 4 và 12 tuần (Febuxostat với liều khởi đầu 40mg/ngày, đánh giá kiểm soát nồng độ acid uric đạt khi về mức $< 360\mu\text{mol/L}$ với nữ và $< 420\mu\text{mol/L}$ với nam tại thời điểm 4 và 12 tuần).

- **Phương pháp thu thập và xử lý số**

liệu: sử dụng thông tin và kết quả xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thu thập số liệu. Xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận và thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh trường Đại học Y Dược Cần Thơ (số: 25.008.HV.UD/PCC-HĐĐĐ ngày 12 tháng 2 năm 2025).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
18-29	2	6,1
30-59	25	75,8
≥ 60	6	18,2
$\bar{X} \pm SD$	45,6 \pm 14,9	
Giới tính		
Nam	31	93,9
Nữ	2	6,1

Nhận xét: Nhóm tuổi 30-59 tuổi chiếm ưu thế (75,8%), kể đến là nhóm ≥ 60 tuổi và nhóm từ 18-29 tuổi. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45,6 \pm 14,9. Nam giới chiếm đa số (93,9%).

3.2. Đánh giá kết quả nồng độ acid uric máu trước và sau điều trị bằng febuxosta

Bảng 2. Nồng độ acid uric máu trước và sau điều trị bằng febuxosta

Nồng độ Acid uric máu	Trước điều trị	Sau điều trị 4 tuần	Sau điều trị 12 tuần	p (Friedman test)
Acid uric máu ($\mu\text{mol/L}$)	653,0 \pm 70,3	430,2 \pm 79,5	337,9 \pm 49,2	0,000

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu giảm sau 4 và 12 tuần điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị 4 tuần và 12 tuần bằng febuxostat

Sau điều trị 4 tuần n (%)		Sau điều trị 12 tuần n (%)		p (McNemar test)
Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	
18(54,5)	15(45,5)	32(97)	1(3)	0,000

Nhận xét: Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị tăng từ 54,5% ở tuần thứ 4 lên 97% ở tuần thứ 12, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị 4 tuần và 12 tuần bằng febuxostat theo nhóm tuổi và giới tính

	Sau điều trị 4	Sau điều trị 12	p

	tuần n (%)		tuần n (%)		(McNe mar test)
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	
Nhóm tuổi					
<60	13(48,1)	14(51,9)	26(96,3)	1(3,6)	0,000
≥60	5(83,3)	1(16,7)	6(100)	0(0)	1,000
Giới tính					
Nam	17(54,8)	14(45,2)	30(96,8)	1(3,2)	0,000
Nữ	1(50)	1(50)	2(100)	0(0)	1,000

Nhận xét: Sự khác biệt tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị ở nhóm tuổi <60 và nam giới ở tuần thứ 4 và tuần thứ 12 có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 5. Tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu sau điều trị bằng 4 tuần và 12 tuần bằng febuxostat theo tình trạng tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu

	Sau điều trị 4 tuần n (%)		Sau điều trị 12 tuần n (%)		p (McN emar test)
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	
Tăng huyết áp					
Có	14(51,9)	13(40,1)	26(96,3)	1(3,6)	0,000
Không	4(66,7)	2(33,3)	6(100)	0(0)	0,500
Đái tháo đường					
Có	15(51,7)	14(48,3)	28(96,6)	1(3,4)	0,000
Không	3 (75)	1 (25)	4 (100)	0 (0)	1,000
Rối loạn lipid máu					
Có	16(53,3)	14(46,7)	29(96,7)	1(3,4)	0,000
Không	2 (66,7)	1(33,3)	3(100)	0 (0)	1,000

Nhận xét: Sự khác biệt tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị ở nhóm có tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu ở tuần thứ 4 và tuần thứ 12 có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 33 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $45,6\pm 14,9$, nhóm tuổi 30-59 và nam giới chiếm đa số (75,8%; 93,9%). Kết quả nghiên cứu cho thấy febuxostat liều 40mg có hiệu quả rõ rệt trong việc kiểm soát nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân hội chứng chuyển hóa. Sau 4 tuần và 12 tuần điều trị, nồng độ acid uric máu trung bình giảm đáng kể từ $653,0\pm 70,3$ $\mu\text{mol/L}$ xuống còn $430,2\pm 79,5$ $\mu\text{mol/L}$ và $337,9\pm 49,2$ $\mu\text{mol/L}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$. Bên cạnh đó, tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị tăng từ 54,5% sau 4 tuần lên đến 97% sau 12 tuần, cho thấy hiệu quả bền vững của thuốc trong điều trị. Mặc dù chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá trực tiếp tác dụng của febuxostat trên nhóm bệnh nhân hội chứng chuyển hóa nhưng kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Kim Sơn (2023) ghi nhận tỷ lệ kiểm soát acid uric máu đạt mục tiêu tăng từ 67,6% ở tuần thứ 4 lên

97,1% ở tuần thứ 8 trên nhóm bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$) [8]. Điều này cho thấy hiệu quả hạ acid uric của febuxostat không chỉ thể hiện ở bệnh nhân gout mà còn có tiềm năng ở những nhóm bệnh lý chuyển hóa khác.

Bên cạnh hiệu quả chung, khi phân tích sâu theo từng nhóm đối tượng, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị giữa tuần thứ 4 và tuần thứ 12 có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi và nam giới. Điều này cho thấy ở các đối tượng nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi và nam giới có đáp ứng điều trị tốt hơn với febuxostat. Ngoài ra, ở các nhóm bệnh nhân có kèm theo tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu, đây là các thành phần chính của hội chứng chuyển hóa cũng ghi nhận sự cải thiện rõ rệt tỷ lệ kiểm soát acid uric máu sau 12 tuần so với tuần thứ 4 ($p<0,05$). Như vậy, febuxostat vẫn duy trì được hiệu quả điều trị ổn định trên nền các rối loạn chuyển hóa mạn tính. Kết quả này có ý nghĩa lâm sàng trong việc định hướng điều trị lâu dài ở các bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, đồng thời gợi ý rằng febuxostat có thể là lựa chọn phù hợp để kiểm soát acid uric trong các bệnh nhân có bệnh lý phối hợp phức tạp như hội chứng chuyển hóa. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng lâu dài của thuốc trên các biến cố tim mạch cũng như mối liên quan giữa mức acid uric và kiểm soát các thành phần khác của hội chứng chuyển hóa.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy sau 12 tuần điều trị bằng Febuxostat trên bệnh nhân có tăng acid uric máu và hội chứng chuyển hoá, nồng độ acid uric máu trung bình giảm đáng kể và tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị tăng từ tuần thứ 4 đến tuần thứ 12. Với khả năng kiểm soát tốt acid uric, febuxostat là lựa chọn hợp lý trong điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch", Nhà xuất bản Y học, tr. 218-241.
2. Hội tim mạch học Việt Nam (2022), "Khuyến cáo điều trị chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp", tr. 1-20.
3. Benchao L., Liangkai C., Xueting H., et al. (2023), "Association of serum uric acid with all-cause and cardiovascular mortality in diabetes", Diabetes Care, 46 (2): pp. 425-433. doi: 10.2337/dc22-1339.
4. Borghi Claudio (2019), "Serum uric acid, Blood Pressure and Hypertension, Manual of Hypertension of the European Society of Hypertension Third

- Edition", CRC Press, pp. 155-161.
5. **Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults** (2001), "Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)", *JAMA*, 285(19), pp. 2486-2497. doi: 10.1001/iama.285.19.2486.
 6. **Federica P., Arriago F.G. C. and Claudio B.** (2021), "Uric acid and hypertension: Prognostic Role and Guide for Treatment", *Journal of Clinical Medicine*, pp. 448. doi: 10.3390/jcm10030448.
 7. **John D. F., Nicola D., Ted M., et al.** (2020), "2020 American College of Rheumatology guideline for the management of gout", *Arthritis Care Res.* doi: 10.1002/acr.24180. Epub 2020 May 11.
 8. **Trần Kim Sơn, Ngô Hoàng Toàn, Huỳnh Thanh Bình, Võ Tân Cường** (2023), "Kết quả kiểm soát nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát bằng febuxostat", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 339-343.
 9. **Yuichi S., Atsushi T., Koichi N., Yoshio K.** (2021), "Uric acid and cardiovascular disease: a clinical review". *Journal of Cardiol*, 78:51-57. doi: 10.1016/j.jjcc.2020.12.013.

PHÂN TÍCH KHỚP CẢN TRƯỚC VÀ SAU PHỤC HÌNH CỐ ĐỊNH ĐƠN LẺ TRÊN IMPLANT VÙNG RĂNG SAU BẰNG T-SCAN

Nguyễn Văn Vĩnh¹, Hoàng Kim Loan¹, Hoàng Việt Hải¹, Đàm Văn Việt¹,
Nguyễn Văn Thanh Toàn¹, Cao Thị Phương Thảo¹, Vũ Xuân Huỳnh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá sự thay đổi phân bố lực nhai của phục hình đơn lẻ trên implant vùng răng sau theo thời gian và tác động của nó lên sự phân bố lại lực nhai bằng hệ thống T-Scan. Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện trên 20 bệnh nhân có phục hình đơn lẻ trên implant vùng răng sau, được điều trị tại Trung tâm Kỹ thuật cao Khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội từ 6/2024 đến 6/2025. Lực cắn của phục hình trên implant, hai răng liền kề và răng đối bên được đo tại 4 thời điểm: trước lắp phục hình (T0), ngay sau lắp (T1), sau 3 tháng (T2) và 6 tháng (T3). Kết quả cho thấy lực cắn trên implant tăng lên đáng kể theo thời gian ($p < 0,001$), trong khi lực cắn của răng phía xa giảm dần ($p < 0,05$). Tuy nhiên, lực cắn của implant vẫn thấp hơn răng phía xa ở mọi thời điểm ($p < 0,05$). Kết luận, lực nhai của phục hình implant đơn lẻ vùng răng sau tăng lên, nhưng vẫn thấp hơn đáng kể so với lực nhai của răng liền kề phía xa trong thời gian theo dõi sau 6 tháng. – **Từ khoá:** phục hình cố định đơn lẻ trên implant, T-Scan, phân tích khớp cắn.

SUMMARY

DIGITAL OCCLUSAL ANALYSIS OF PRE AND POST SINGLE POSTERIOR IMPLANT RESTORATION DELIVERY

This study aimed to evaluate the changes in occlusal force distribution on single posterior implant restorations over time and their impact on the redistribution of occlusal forces using the T-Scan system. This case series descriptive study was

conducted on 20 patients at the School of Dentistry – Hanoi Medical University from June 2024 to June 2025. The occlusal forces on the implant restoration, two adjacent teeth, and the contralateral tooth were measured at four time points: before restoration placement (T0), immediately after placement (T1), at 3 months (T2), and at 6 months (T3). The results showed a statistically significant increase in implant occlusal force over time ($p < 0.001$), while the force on the distal adjacent tooth gradually decreased ($p < 0.05$). However, the occlusal force on the implant remained significantly lower than that on the distal tooth at all time points ($p < 0.05$). In conclusion, the occlusal force on single posterior implant restorations increased over time but remained significantly lower than that of the distal adjacent tooth during the 6-month follow-up period. **Keywords:** T-Scan, occlusal analysis, single posterior implant restoration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hình trên implant có những đặc điểm sinh lý khác biệt so với răng tự nhiên như không được nâng đỡ bởi hệ thống dây chằng nha chu và không có các thụ thể cảm nhận áp lực, dẫn đến giảm độ nhạy cảm và khả năng điều chỉnh lực nhai. Do đó, Implant dễ bị quá tải khớp cắn – một yếu tố được xem là nguy cơ tiềm ẩn góp phần gây tiêu xương quanh implant.

Các nghiên cứu trước đây đã đưa ra khuyến cáo rằng, ở khớp cắn lồng múi tối đa, phục hình trên implant đơn lẻ nên tiếp khớp nhẹ khi cắn mạnh và không tiếp khớp khi cắn nhẹ, trong khi lực nhai nên phân bố tối đa và đồng đều lên hai răng kế cận. Tuy nhiên, mức độ ổn định của trạng thái "tiếp khớp nhẹ" này theo thời gian vẫn còn chưa rõ ràng. Các yếu tố như mòn răng, mọc răng đối diện và dịch chuyển răng tự nhiên có thể làm thay đổi tương quan khớp cắn và sự

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Vĩnh

Email: nguyenvinh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc giao đề án và cử cán bộ hướng dẫn đề án thạc sĩ ứng dụng

HIỆU TRƯỞNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Căn cứ Quyết định số 184/2002/QĐ-TTg ngày 25 tháng 12 năm 2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc thành lập Trường Đại học Y Dược Cần Thơ;

Căn cứ Thông tư 23/2021/TT-BGDĐT ngày 30 tháng 8 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo ban hành Quy chế đào tạo trình độ thạc sĩ;

Căn cứ Nghị quyết số 372/NQ-HĐT-ĐHYDCT ngày 27 tháng 01 năm 2021 của Hội đồng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ về việc ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ;

Căn cứ Quyết định số 3157/QĐ-ĐHYDCT ngày 19 tháng 09 năm 2023 của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ về việc công nhận trúng tuyển thạc sĩ năm 2023;

Căn cứ vào kết quả họp Hội đồng xét duyệt đề án thạc sĩ ứng dụng cấp khoa tổ chức tháng 12 năm 2024;

Xét đề nghị của Trường phòng Đào tạo sau đại học.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Giao cho học viên: Nguyễn Văn Quang Khải (MSHV: 23810742046), chuyên ngành Nội khoa khóa 2023 - 2025 thực hiện đề án thạc sĩ ứng dụng:

Tên đề án: “Đánh giá tình trạng tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng năm 2025”

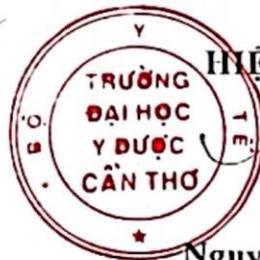
Cán bộ hướng dẫn khoa học: TS. BS Trương Quang Phổ
PGS.TS. Nguyễn Hồng Hà

Điều 2. Cán bộ hướng dẫn và học viên có tên ở điều 1 có trách nhiệm thực hiện đúng Quy chế đào tạo thạc sĩ của Bộ Giáo dục Đào tạo đã ban hành.

Điều 3. Trường phòng Hành chính tổng hợp, Trường phòng Đào tạo sau đại học, Trường Khoa Y, cán bộ hướng dẫn khoa học và học viên có tên ở điều 1 chịu trách nhiệm thi hành quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu: VT, PSDH



HIỆU TRƯỞNG

Nguyễn Trung Kiên

Số: 5146/QĐ-ĐHYDCT

Cần Thơ, ngày 29 tháng 10 năm 2025.

QUYẾT ĐỊNH

V/v thành lập Hội đồng đánh giá đề án thạc sĩ
chuyên ngành Nội khoa

HIỆU TRƯỞNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Căn cứ Thông tư số 23/2021/TT-BGDĐT ngày 30 tháng 8 năm 2021 của Bộ Giáo dục và Đào tạo về việc ban hành qui chế đào tạo trình độ thạc sĩ;

Căn cứ Nghị quyết số 372/NQ-HĐT-ĐHYDCT ngày 27 tháng 01 năm 2021 của Hội đồng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ;

Căn cứ Quyết định số 3157/QĐ-ĐHYDCT ngày 19/09/2023 của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ công nhận trúng tuyển thạc sĩ năm 2023;

Xét đề nghị của Trường phòng Đào tạo Sau Đại học.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Thành lập Hội đồng đánh giá đề án thạc sĩ cho học viên:

Họ và tên: Nguyễn Văn Quang Khải

Ngày sinh: 04/10/1996

Chuyên ngành: Nội khoa

Khóa: 2023-2025

Tên đề án: "Đánh giá tình trạng tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng năm 2025"

Cán bộ hướng dẫn:

1. TS. Trương Quang Phổ

Hướng dẫn chính

2. PGS.TS. Nguyễn Hồng Hà

Danh sách các thành viên hội đồng gồm:

TT	Họ và tên	Đơn vị công tác	Vai trò
1.	PGS.TS. Trần Việt An	Trường ĐHYD Cần Thơ	Chủ tịch
2.	TS. Nguyễn Thị Diễm	Trường ĐHYD Cần Thơ	Phản biện 1
3.	TS. Phạm Kiều Anh Thơ	Trường ĐHYD Cần Thơ	Ủy viên
4.	TS. Nguyễn Thanh Liêm	Trường ĐHYD Cần Thơ	Ủy viên - Thư ký
5.	PGS.TS. Nguyễn Hồng Hà	Trường ĐHYD Cần Thơ	Hướng dẫn

Điều 2. Hội đồng có nhiệm vụ đánh giá đề án thạc sĩ chuyên ngành Nội khoa theo quy chế đào tạo thạc sĩ của Bộ Giáo dục và Đào tạo và tự giải tán sau khi hoàn thành nhiệm vụ.

Điều 3. Các Ông (Bà) Chánh Văn phòng Trường, Trưởng Phòng Đào tạo Sau đại học, Trưởng Phòng Tài chính kế toán, Thủ trưởng các đơn vị liên quan và các thành viên trong Hội đồng đánh giá đề án thạc sĩ chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 3;

- Lưu: VT, PSDH.

HIỆU TRƯỞNG
TRƯỜNG
ĐẠI HỌC
Y DƯỢC
CẦN THƠ
Nguyễn Trung Kiên

Cần Thơ, ngày .../... tháng ... năm 2025.

**BIÊN BẢN CỦA HỘI ĐỒNG CHẤM ĐỀ ÁN
THẠC SĨ**

Họ tên học viên: NGUYỄN VĂN QUANG KHẢI

Đề tài: "Đánh giá tình trạng tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng năm 2025"

Người hướng dẫn: TS. Trương Quang Phổ
PGS.TS. Nguyễn Hồng Hà

Chuyên ngành: Nội khoa

Được công nhận là học viên Thạc sĩ theo Quyết định số 3157/QĐ-ĐHYDCT ngày 19/09/2023 của Hiệu trưởng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

I. HỘI ĐỒNG CHẤM ĐỀ ÁN

Căn cứ các quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế về việc tổ chức chấm đề án Thạc sĩ, Hiệu trưởng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã ra quyết định thành lập Hội đồng chấm đề án số 514/QĐ-ĐHYDCT ngày 29/10/2025, gồm các thành viên sau:

TT	Họ và tên	Đơn vị công tác	Trách nhiệm trong Hội đồng
1	PGS.TS. Trần Viết An	Trường ĐHYD Cần Thơ	Chủ tịch
2	TS. Nguyễn Thị Diễm	Trường ĐHYD Cần Thơ	Phản biện 1
3	TS. Phạm Kiều Anh Thơ	Trường ĐHYD Cần Thơ	Ủy viên
4	TS. Nguyễn Thanh Liêm	Trường ĐHYD Cần Thơ	Ủy viên - Thư ký
5	PGS.TS. Nguyễn Hồng Hà	Trường ĐHYD Cần Thơ	Hướng dẫn

Buổi chấm đề án được tiến hành vào lúc ... giờ ... phút ngày .../.../2025 tại ... Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Có mặt: ... thành viên hội đồng Vắng mặt: ...

II. NỘI DUNG BIÊN BẢN:

- Đại diện Phòng Đào tạo sau đại học đọc quyết định thành lập Hội đồng chấm đề án Thạc sĩ của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, công bố thành phần Hội đồng đảm bảo điều kiện để Hội đồng làm việc.
- Chủ tịch Hội đồng: PGS.TS. Trần Viết An điều khiển buổi chấm đề án.
- Ủy viên thư ký đọc lý lịch khoa học, bảng điểm toàn khóa của học viên và khẳng định học viên đảm bảo đầy đủ chương trình đào tạo.
- Học viên trình bày đề án trong thời gian không quá 15 phút.
- Phản biện 1: TS. Nguyễn Thị Diễm đọc nhận xét (đính kèm bản nhận xét).
- Phản biện 2: đọc nhận xét (đính kèm bản nhận xét).

V. KẾT LUẬN

Trường ban kiểm phiếu công bố kết quả bỏ phiếu chấm đề án.

Chủ tịch Hội đồng đọc kết luận của Hội đồng.

Học viên phát biểu ý kiến

Buổi chấm đề án kết thúc lúc ... giờ ... phút cùng ngày.

Ủy viên thư ký



TS. Nguyễn Thanh Liêm

Chủ tịch Hội đồng



PGS.TS. Trần Việt An

**BẢN GIẢI TRÌNH VỀ VIỆC BỔ SUNG, SỬA CHỮA ĐỀ ÁN
THEO Ý KIẾN CỦA HỘI ĐỒNG ĐÁNH GIÁ ĐỀ ÁN TỐT NGHIỆP**

Kính gửi: Ban Giám Hiệu Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Họ và tên học viên: NGUYỄN VĂN QUANG KHẢI

Tên đề án: Đánh giá tình trạng tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa bằng Febuxostat tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn tỉnh Sóc Trăng năm 2025.

Chuyên ngành: Nội Khoa

Mã số: 8720107

Người hướng dẫn: TS. BS. TRƯƠNG QUANG PHỔ

PGS.TS. BS NGUYỄN HỒNG HÀ

Sau khi trình đề án, học viên đã sửa chữa và bổ sung đề án theo ý kiến của Hội đồng đánh giá đề án tốt nghiệp năm 2025, cụ thể các điểm sau đây:

1. Sửa tên đề án thành: “Phân tích thực trạng và đề xuất giải pháp sử dụng thuốc Febuxostat trong điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn năm 2025”.
2. Điều chỉnh mục tiêu 1 thành: Phân tích thực trạng điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn năm 2025.
3. Ngưỡng tăng acid urid để điều trị chưa phù hợp, điều chỉnh lại.
4. Đề xuất giải pháp và kiến nghị: phải căn cứ vào các vấn đề còn tồn tại và dựa vào kết quả của khảo sát.
5. Viết lại phần Kết luận: cụ thể, chi tiết, bám sát mục tiêu đề án.
6. Về hình thức: Chỉnh sửa chính tả, bố cục phù hợp theo quy định của đề án.

Tôi xin chân thành cảm ơn những ý kiến đóng góp quý báu của Hội đồng để đề án được hoàn chỉnh hơn.

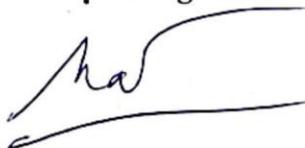
Cần Thơ, ngày ...6...tháng...11...năm 2025

Cán bộ hướng dẫn 1



TS. Trương Quang Phổ
Thư ký Hội đồng

Cán bộ hướng dẫn 2



PGS. TS Nguyễn Hồng Hà

Học viên



Nguyễn Văn Quang Khải
Chủ tịch Hội đồng



TS Nguyễn Thanh Liêm



PGS.TS Trần Việt An

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc Lập – Tự do – Hạnh Phúc

Cần Thơ, ngày 6 tháng 11 năm 2025

PHIẾU THỎA THUẬN

V/v đồng ý cho Thư viện sử dụng và khai thác nội dung tài liệu

Tôi tên là: **NGUYỄN VĂN QUANG KHẢI**

Là tác giả tài liệu: “Phân tích thực trạng và đề xuất giải pháp sử dụng thuốc Febuxostat trong điều trị tăng acid uric máu ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Đa khoa Hoàng Tuấn năm 2025”

Tôi hoàn toàn đồng ý cho phép Thư viện toàn quyền sử dụng và khai thác nội dung tài liệu nhằm mục đích phục vụ công tác đào tạo, nghiên cứu khoa học và phục vụ cộng đồng của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tôi không có bất kỳ khiếu nại nào liên quan đến quyền sử dụng tài liệu trên. Nếu sai tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật./.

Tác giả

(Ký và ghi rõ họ tên)

Nguyễn Văn Quang Khải